

TEMA: RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA- Culpa galénica por impericia sobre la duplicación del riesgo de ruptura uterina en paciente precesareada a la que se le aplica oxitocina, y, en consecuencia, conducta negligente e imprudente durante el seguimiento y tratamiento del parto./ **DEBER DE INFORMACIÓN-** Incumplimiento al deber de información debido a la falta de comunicación a la paciente de que el riesgo altamente mortal de ruptura uterina, para su caso particular, se había duplicado./

HECHOS: BPY, con antecedente de una cesárea (2017), cursó un segundo embarazo con diagnóstico de restricción del crecimiento intrauterino. En septiembre de 2019 fue remitida para terminación del embarazo en semana 37 e ingresó a la Clínica P. Se inició inducción del parto mediante dilatación mecánica (sonda Foley) y aplicación de oxitocina, pero durante el trabajo de parto se presentaron dolores intensos, insuficiente seguimiento clínico y lapsos sin monitoreo fetal. En la madrugada del 18 de septiembre se detectó ausencia de actividad fetal; se practicó cesárea de urgencia evidenciándose ruptura uterina; sin embargo, el recién nacido falleció al día siguiente y la madre requirió histerectomía. Por tanto, el problema jurídico, congruente con los reparos concretos y el pronunciamiento frente a los mismos, consiste en definir si en verdad acaeció la culpa galénica en el seguimiento y tratamiento del trabajo de parto, con base especialmente en la atención a los riesgos particulares de la madre y el feto, y a los dolores que ella manifestó. Asimismo, determinar si el cuerpo médico cumplió con el deber de información respecto de la paciente; y si lo hizo suficientemente por medio del consentimiento informado suscrito.

TESIS: (...) En materia de responsabilidad civil médica (...)Se trata de una obligación -en principio- de medio, cuya satisfacción pende directamente del grado de correspondencia entre el acto médico que fue practicado y la lex artis que lo rige. De ahí que solo será inculpable el comportamiento que se adecúe a tales exigencias normativas: una conducta prudente, diligente y perita que procure en la mayor medida posible la sanidad del paciente (así sea que nunca se dé), a través del aprovechamiento de las herramientas físicas y cognitivas del galeno.(...) La aprehensión intelectual de la lex artis debe arribar ante el juzgador por múltiples caminos, puesto que la ciencia médica le es ajena. (...)Uno de los tantos medios para tal fin son los dictámenes periciales (...) Al trámite se allegaron dos dictámenes periciales emitidos por especialistas en ginecología y obstetricia.(...) estuvieron de acuerdo ambos expertos es que (i) el riesgo de ruptura uterina en una mujer con cesárea previa se sitúa alrededor del 0.4% al 0.7%; y que (ii) ese riesgo aumenta sustancialmente (aproximadamente el doble o incluso más) cuando se utilizan medicamentos como oxitocina para inducción de parto. Es apenas lógico, en tanto responde al principio de autorresponsabilidad y al deber galénico de disponer la mayor diligencia y cuidado al servicio del paciente, que el grado de vigilancia durante el trabajo de parto de BP, en tanto estaba puesta en unas condiciones particulares más riesgosas, necesariamente debía ser mayor.(...) Y aunque al rendir la sustentación y contradicción en audiencia de sus experticias ambos indicaron porcentajes levemente disímiles a los consignados en el informe escrito, lo cierto es que uniformemente quedó demostrado que, en cualquier caso, el uso de oxitocina en mujer con cesárea previa aumentaba al doble –o incluso más- el riesgo de ruptura uterina.(...) Además de la cesárea previa y la aplicación de oxitocina, se presentaban como factores de riesgo: obesidad, tabaquismo, restricción del crecimiento intrauterino (RCIU tipo I), toxoplasma susceptible; todo lo cual, según el dicho de los expertos, sin duda hizo de BP una paciente de alto riesgo obstétrico (ARO), advertido y plasmado en la historia clínica desde los controles prenatales(...)Algo más hay que añadir acerca de la guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio, aportado por el apoderado de la IPS(...)lo que se halló es que no era aplicable para el manejo del embarazo acá estudiado, por la sencilla razón de que BP no hizo parte del grupo de

pacientes considerados en la guía, ni sus aspectos clínicos específicos fueron allí concebidos(...)La utilidad de haber situado diáfano el estándar de conducta exigible -consistente en un grado de vigilancia mayor durante el trabajo de parto de BP- es que ahora resalta que el campo fenomenológico no se corresponde con el deber ser. La tesis acerca de la culpa galénica es: (I) el cuerpo médico que vigiló el trabajo de parto fue imperito respecto del verdadero riesgo de ruptura uterina que atravesaba BP –aumentado alrededor del doble por el uso de oxitocina-. (II) De la falta de intelección se sigue un actuar negligente e imprudente en el seguimiento y prevención de la materialización de ese riesgo, que, dicho sea de paso, es de una mortalidad muy alta para el feto según explicaron la mayoría de los deponentes(...) (I) La médica general MBC, quien además de realizar la primera atención del 17 de septiembre y definir la vía del parto por dilatación mecánica cervical luego de haber explicado posibles riesgos y complicaciones (...), también dijo que en la IPS no existía un formato de consentimiento informado diferenciado para pacientes con o sin cesárea previa, debido a que todas tenían ese riesgo Grosso modo, la médica general aseveró que la mayoría de los asuntos que se le preguntaron eran de conocimiento particular del pediatra, y no suyo; por ejemplo, acerca de las consecuencias fisiológicas concretas que podrían tener los factores de riesgo en la salud del bebé o de la madre respecto de por qué se aplicó oxitocina en este caso, de si el RCIU tipo I podría llegar a generar hipoxia, etc.(...) Específicamente dijo, acerca de la razón por la cual la ruptura uterina es un riesgo inherente en el trabajo de parto, que: “(...) no sé cómo explicarlo realmente bien, está estipulado que es un riesgo que está dentro del proceso (...). Y desconocía el grado de aumento del riesgo por el uso de oxitocina: “(...) ¿Conoce cuál es el aumento del riesgo de ruptura uterina, usando oxitocina, (...) en pacientes que tienen una cesárea previa? Contestó: no, no conozco ese porcentaje (...)”. Por su parte, la ginecóloga ICG explicó que eran idénticos los protocolos de atención para pacientes con bajo riesgo obstétrico (BRO) y aquellas con alto riesgo obstétrico (ARO); ello por cuanto la mayoría encajaban en el segundo grupo(...) Así como también eran idénticos los consentimientos informados para cualquier trabajo de parto o cesárea(...) Por la relación sin igual y subjetiva médico-paciente, en lógica de no-identidad, todas las gestantes que acuden a la Clínica P no atraviesan, per se, un embarazo de alto riesgo; eso solo lleva intrínseca la necesidad de una visión diferenciada de cada caso para su diagnóstico y tratamiento, y no un único protocolo uniforme. Lo que superficialmente parecía ser una conducta englobante y tecnológica de seguimiento, se tradujo en este caso concreto en una mecanización del trabajo y desatención de lo particular.(...) Esa falta de intelección sobre el verdadero riesgo que atravesó la gestante -de la que padeció casi todo el cuerpo médico tratante- necesariamente repercutió en la forma como atendieron el parto. La impericia sobre ese punto concreto de la lex artis conllevó a una atención y tratamiento imprudente y negligente especialmente en dos asuntos: (i) ausencia de tacto vaginal a raíz de la idea de que la permanencia de la sonda de foley dentro de la cavidad vaginal hacía inane su realización, y (ii) nulo seguimiento al dolor por considerar que la variación en la fetocardia era el único signo de alarma de una ruptura uterina.(...) Según el dicho general de los expertos oídos en juicio, es cierto que es directamente proporcional el aumento del riesgo de infección al número de tactos vaginales que se realicen, de modo que se desincentiva su práctica desmesurada e injustificada; no obstante, acá se dejó de lado esa evaluación por más de ocho horas(...) En suma, se protegió el riesgo de infección al costo de sacrificar una evaluación total y rigurosa de la materialización de la ruptura uterina. Recuérdese la unanimidad con la que se categorizó a la ruptura uterina como una consecuencia altamente mortal tanto para la madre como para el feto.(...) Si la atención hubiese sido diferenciada, ocupándose de los factores de riesgo de BP tales como cesárea previa, aplicación de oxitocina, tabaquismo, obesidad, restricción del crecimiento intrauterino tipo I, y no mediante una estandarización de todas las pacientes de la IPS, el tacto vaginal se habría realizado en procura de obtener información relevante del cuello uterino más allá de su dilatación, por ejemplo, grosor, borramiento, consistencia y sanidad en general. Todo ello con

miras a proteger el riesgo de ruptura uterina que se sabía (o se debía saber) incrementado en más del doble. Ese era el curso de acción coherente con el grado de vigilancia mayor que requería la demandante; como se ve, la conducta del cuerpo médico fue diametralmente opuesta: imprudente y negligente para con las condiciones particulares puestas a su manejo.(...) ii) Otra repercusión relevante de la ajenidad conceptual al aumento del riesgo de ruptura uterina fue el manejo meramente analgésico del dolor, sin revisión de las notas de enfermería, sin profundización en la zona en que se presentaba o su intensidad, y dejando a la suerte la materialización del riesgo mayor, que en efecto terminó ocurriendo.(...) En ninguna de las referidas anotaciones se dejó constancia de la zona concreta en que se presentaba el dolor, ni la intensidad referida en Escala Visual Analógica (EVA), ni si era particularmente agudo o llano y constante, etc. Era relevante conocer las propiedades de cada dolor(...)Lo cual dirige a recordar que, como es sabido, la obligación de diligenciar completa, legible y en general adecuadamente la historia clínica es un deber autónomo del cuerpo médico, que es independiente al modo en que, en la práctica, brinden la atención. Y que de su incumplimiento se deduce un indicio más o menos grave en contra. (...)En esa misma línea, es sintomático que ninguna atención se le prestara al dicho de BP de querer practicarse cesárea. (...9 Es un despropósito argüir que la paciente no les informó a las médicas sino al enfermero que quería practicarse cesárea, y que por eso no se evaluó la procedencia de la cirugía, pues es un traslado artificioso del deber que le correspondía.(...) Lo que decidió, aún sin los elementos de juicio objetivos para descartarla, fue disminuir el dolor a través de epidural, y dejar a la suerte la materialización de la ruptura uterina que, se insiste, es de alta mortalidad para la madre y su hijo. En oportunidad anterior, la Corporación se pronunció sobre la manifestación de negligencia que significa decidirse, sin más, por el tratamiento del riesgo menor cuando estaba en juego la materialización del riesgo mayor, y ante unos elementos de juicio que no justificaban aún decantarse por una u otra posibilidad de diagnosis.(...) Actuar negligente e imprudente que apuntala la mala praxis médica, de carácter culposo.(...) Si bien es cierto que no existe en la ley el señalamiento de unos requisitos de forma y contenido de lo que debe ser el consentimiento informado, como tampoco que esté sometido a solemnidad alguna, también lo es que debe efectuarse -según lo ya explicado y las disposiciones señaladas por la jurisprudencia- de acuerdo al tipo de asentimiento que se requiere del paciente, el cual está directamente relacionado con el servicio o atención al que vaya a ser sometido (...) Es natural que dado el volumen propio de la prestación del servicio médico se hayan predispuesto formatos que intenten informar genéricamente los riesgos del procedimiento tantas veces realizado en aquel centro de salud. Sin embargo, ello en modo alguno exime la atención del caso particular con miras a complementar la información si ello es necesario, cuando del paciente emerjan riesgos propios, máxime si tales significan la duplicación del riesgo inherente.(...) En este caso, el deber de información se surtió insuficientemente, mediante preformatos y referencias ligeras que no daban cuenta de aquello que la lex artis tiene decantado en la condición particular.(...) Son múltiples las deficiencias de los preformatos: no consta explicación sobre el concepto de dilatación mecánica (cervical). Los objetivos y beneficios esperados con el procedimiento fueron sumamente genéricos, relativos a la obtención de la sanidad de la paciente. No se diligenció cuál era la (o las) alternativa disponible para su caso particular, y de un modo gaseoso se consignó que este procedimiento puede constituir la mejor opción para resolver su patología y en algunas ocasiones la única.(...) Además, lo que en verdad es esencial, es que faltó relacionar tres conceptos necesarios sin los cuales era imposible para la paciente comprender el verdadero riesgo al que se sometería: cesárea previa, uso de oxitocina y ruptura uterina.(...) es que para el médico no se trata de enumerar, sin más, los posibles riesgos inherentes. Se trata de aprehender los intrínquilis del paciente, tanto de antecedentes médicos, como personales, sociales, de salubridad, etc., y solo luego de ello exponerle las variaciones derivadas de la aplicación del procedimiento en su persona.(...) Como quedó

demostrado, en este contexto se subraya que para el tiempo de la atención todos los consentimientos informados de la Clínica P eran uniformes e inmutables sin importar el tipo de paciente.(...) se deduce que otro cuerpo médico, perito, diligente y prudente, puesto en las mismas circunstancias, no hubiese actuado del mismo modo, sino que, por el contrario, hubiese realizado tacto vaginal a Bibiana Patricia para vigilar rigurosamente el trabajo de parto y evitar la materialización de la ruptura uterina, y con el mismo fin hubiese dado seguimiento a las posibles implicaciones del dolor por ella manifestado. Y frente a lo segundo, no solo se tiene que, en el orden común de los acontecimientos, la ocurrencia de ruptura uterina genera la muerte del neonato y la histerectomía de la madre, sino que en el caso concreto inclusive se determinó que fue así, ello puesto que, al unísono, ambos peritos ginecobstetras en efecto asignaron a la ruptura uterina los daños acaecidos. Ambos desenlaces infortunados fueron consecuencia de la ruptura uterina.(...) La conducta más adecuada para explicar ambos desenlaces infortunados es, precisamente, la deficiencia en el seguimiento y tratamiento del trabajo de parto que impidió la oportuna y suficiente atención de la ruptura uterina. Además, habiéndose materializado precisamente el riesgo insuficientemente informado, y sabido que este fue el desencadenante del daño, también queda soportado causalmente el reproche por las falencias en el consentimiento informado.

MP: BENJAMÍN DE J. YEPES PUERTA

FECHA: 02/06/2026

PROVIDENCIA: SENTENCIA



TRIBUNAL SUPERIOR

Medellín

"Al servicio de la Justicia y de la Paz Social"

REPÚBLICA DE COLOMBIA
TRIBUNAL SUPERIOR
DISTRITO JUDICIAL DE MEDELLÍN
SALA CIVIL DE DECISIÓN

Lugar y fecha	Medellín, dos (02) de junio de dos mil veintiséis (2026)
Proceso	Declarativo – Verbal
Radicado¹	<u>05001310301520220002901</u>
Demandantes	Bibiana Patricia Yepes Alzate y otros
Demandadas	Clínica del Prado S.A.S. y otra
Providencia	Sentencia Nro. 021
Tema	Culpa galénica por impericia sobre la duplicación del riesgo de ruptura uterina en paciente precesareada a la que se le aplica oxitocina, y, en consecuencia, conducta negligente e imprudente durante el seguimiento y tratamiento del parto. Incumplimiento al deber de información debido a la falta de comunicación a la paciente de que el riesgo altamente mortal de ruptura uterina, para su caso particular, se había duplicado.
Decisión	Revoca, concede pretensiones.
Ponente	Benjamín de J. Yepes Puerta

Procede la Sala, integrada como se dispuso en providencia anterior², tras aceptarse el impedimento de la Magistrada Piedad Cecilia Vélez Gaviria³, a emitir sentencia mediante la cual resuelve el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante en contra de la sentencia proferida el 2 de julio de 2024 por el Juzgado Quince Civil del Circuito de Medellín, en el proceso declarativo con trámite verbal y pretensión de responsabilidad civil médica, promovido por Bibiana Patricia Yepes Alzate, Juan David Valencia Bernal, Martina Valencia

¹ Para consultar el expediente, dar clic en el número de radicado.

² [26AutoOrdenaIntegrarSalaDeDecision.pdf](#)

³ [18AutoAceptaImpedimentoOrdenaIntegrarSala.pdf](#)

Yepes y Elvia Margarita Alzate Giraldo en contra de Clínica del Prado S.A.S. y EPS Suramericana S.A.

I. SÍNTESIS DEL CASO⁴.

1. Fundamentos fácticos.

1.1. Bibiana Patricia y Juan David son compañeros permanentes; madre y padre de Martina, respectivamente. Procrearon a su segundo hijo, Jacobo, quien lamentablemente falleció al día de nacido.

Bibiana Patricia tuvo a su primera hija por cesárea el 31 de marzo del año 2017, y dicho procedimiento quirúrgico se tuvo que realizar al presentar una dilatación detenida y otras complicaciones al momento del trabajo de parto, y se realizó en la IPS Clínica del Prado.

1.2. En febrero de 2019, a Bibiana Patricia se le confirma en consulta médica su estado de gestación a través de su EPS Sura. A partir de dicha fecha ingresa al programa de control materno de la EPS Sura. La asistencia médica en los controles prenatales estuvo a cargo de la IPS Cis Comfama sede San Ignacio, durante los cuales se documentó restricción del crecimiento intrauterino tipo I y se mantuvo vigilancia especializada.

En consulta del 6 de septiembre de aquel año se indicó la terminación de la gestación en la semana 37 *para proteger la salud del bebé y de su madre*, quedando la vía del parto sujeta a

⁴ [03.DemandayAnexos.pdf](#) / Páginas 2 a 30

las condiciones obstétricas que se verificaran al momento del ingreso a la IPS que llevaría a cabo el alumbramiento.

1.3. La gestante acudió el 17 de septiembre siguiente a la Clínica del Prado. Una vez agotado *el trámite de triage en urgencias, sobre el medio día es atendida por la médica general Marcela Benítez Castaño, quien le indica que hay dos opciones para hacer el parto, una era por cesárea y la otra era por parto vaginal inducido de manera mecánica, pero la persuade para que escoja la vía vaginal, explicándole todos los supuestos beneficios que esto conlleva (...)*

1.4. Finalmente se opta por esta última vía y *sobre las 5:00 p.m. de aquel día, se inicia el trabajo de parto vía vaginal y se utiliza la dilatación mecánica para la inducción del mismo, así como la aplicación de oxitocina simultáneamente. (...) Allí durante siete horas se mantiene el ordenamiento médico, sin lograr la dilatación necesaria para el parto. (...) Cada minuto que pasaba el dolor que presentaba la gestante aumentaba.*

(...) A eso de las doce de la noche al ver que la dilatación no era la suficiente para tener el parto vaginal, a pesar de la dilatación mecánica por sonda y ante la aplicación de los medicamentos para inducción del parto (...), se aplica anestesia epidural tras una espera de 40 minutos. (...) En ese lapso de tiempo estuvo sin monitoreo fetal (...)

1.5. En la madrugada del 18 de septiembre de 2019 se advirtió ausencia de actividad fetal, lo que condujo a la práctica de cesárea de urgencia. En el procedimiento se encontró ruptura uterina y el recién nacido, Jacobo, fue extraído en condiciones

críticas. El neonato fue trasladado a cuidados intensivos, donde falleció el 19 de septiembre siguiente.

A Bibiana Patricia hubo de practicársele histerectomía periparto, en el contexto de las complicaciones hemorrágicas derivadas del evento.

1.6. *La deficiente prestación del servicio médico (...) que conllevó a la muerte de su hijo recién nacido y la pérdida de su útero, generó en su ser y en el de su entorno familiar cercano, un intenso daño (...) sufrimiento, congoja, desmedro anímico y aflicción, así como en su expectativa familiar a futuro.*

2. Síntesis de las pretensiones.

Se concretan en (I) que se declare civil y contractualmente responsable a EPS Suramericana de los daños irrogados a Bibiana Patricia a raíz de la fatídica muerte de su hijo y de la histerectomía que se le practicó; también, (II) que se declare civil y extracontractualmente responsable a Clínica del Prado de los perjuicios por ella sufridos a raíz de los mismos hechos dañosos; asimismo, (III) que se declare civil y extracontractualmente responsables a ambas demandadas, por los menoscabos producidos en Juan David, Elvia Margarita y Martina. En consecuencia, (III) que se condene de manera solidaria a las demandadas al pago de los perjuicios extrapatrimoniales que a continuación se detallan:

Bibiana Patricia:

- Daño moral: \$100.000.000.

- Daño a la vida en relación: \$50.000.000.

Juan David:

- Daño moral: \$100.000.000.
- Daño a la vida en relación: \$50.000.000

Martina:

- Daño moral: \$50.000.000.

Elvia Margarita:

- Daño moral: \$50.000.000.

3. Contestaciones de la demanda.

3.1. Clínica del Prado⁵.

Su apoderada se pronunció expresamente frente a los 23 componentes fácticos de la demanda, bajo la siguiente tesis central de defensa.

Admitió que la paciente ingresó a la institución para inducción del parto por la restricción del crecimiento intrauterino tipo I y que se trataba de un embarazo con antecedentes obstétricos relevantes, pero sostuvo que ninguno de ellos imponía médicamente la cesárea. Indicó que al ingreso se plantearon las

5 [06.RespuestaDda.ClinicadelPrado22042022.pdf](#) / Páginas 5 a 17.

dos alternativas de terminación del embarazo, cesárea o dilatación cervical, que ambas fueron explicadas y que la paciente eligió la inducción del parto vaginal, suscribiendo el consentimiento correspondiente. En cuanto al curso asistencial, afirmó que el debate no recaía sobre la cesárea de urgencia ni sobre la atención neonatal, sino sobre el seguimiento del trabajo de parto, y sostuvo que hasta antes de la pérdida de la fetocardia los controles mostraban bienestar materno-fetal, por lo que la reacción frente a la emergencia fue diligente y oportuna.

Con base en ello propuso las siguientes excepciones de mérito:

- *Riesgo inherente.*
- *Ausencia de culpa.*

Además, en el evento en que se la declarase civilmente responsable y, por ende, se la condenara al pago de perjuicios, llamó en garantía a Chubb Seguros Colombia S.A. en virtud del seguro de responsabilidad civil profesional médica que los ataba contractualmente, y que imponía en la compañía aseguradora la obligación de mantener indemne su patrimonio⁶.

Esta última contestó la demanda y el llamamiento en garantía oponiéndose a la prosperidad de ambas pretensiones, tanto la principal como la revérsica⁷. Su postura fue que no se acreditó culpa del asegurado, que la atención brindada a la paciente fue ajustada a la *lex artis*, que la vía vaginal no estaba contraindicada

6 [01. LlamamientoGtia.CliniadelPradoAChubb22042022.pdf](#) / Páginas 3 a 5.

7 [04. ContestacionDemandaYllamamientoChubb27072022.pdf](#) / Páginas 3 a 20.

por el solo antecedente de una cesárea previa y que lo ocurrido correspondió a la materialización de un riesgo inherente previamente informado y asumido. Subsidiariamente, solicitó la aplicación de las condiciones particulares de la póliza invocada en lo tocante con valores asegurados y deducibles.

3.2. EPS Suramericana⁸.

Su apoderado también se pronunció expresamente frente a todos los hechos del libelo genitor, bajo el siguiente argumento axial.

Sostuvo que el control prenatal se desarrolló dentro de su red con el apoyo de especialistas, que los estudios requeridos se ordenaron oportunamente y que la remisión de la gestante a la Clínica del Prado para terminación del embarazo en la semana 37 fue concordante con las valoraciones previas. Añadió que no existía criterio que impusiera como única vía la cesárea, que el antecedente de cesárea previa no excluía el parto vaginal y que los pormenores de la atención intrahospitalaria correspondían a la clínica tratante.

En consecuencia planteó las siguientes excepciones de mérito:

- *Cumplimiento de las obligaciones como entidad promotora de salud.*
- *Inexistencia de nexo de causalidad.*
- *Caso fortuito.*

⁸ [05.RespuestaDda.EpsSura18042022.pdf](#) / Páginas 3 a 8

A la vez, en el evento en que se la declarase civilmente responsable y, por ende, se la condenara al pago de perjuicios, llamó en garantía contra la Clínica del Prado S.A.S.⁹, con fundamento en el vínculo contractual de prestación de servicios de salud existente entre ambas.

La IPS contestó el llamamiento¹⁰, y si bien allí tomó por ciertos los hechos alegados por la EPS, se opuso a la prosperidad de la pretensión bajo la tesis de que no existía mérito para una condena principal en su contra, por cuanto la atención dispensada fue acorde con las necesidades clínicas de la paciente y con la lex artis.

4. Sentencia de primera instancia¹¹.

El juez de primer grado desestimó íntegramente las pretensiones. El problema jurídico fue ubicado en determinar si las demandadas incurrieron en atención deficiente durante la gestación y el trabajo de parto de Bibiana Patricia, de modo que ello hubiera conducido a la muerte de su hijo recién nacido y a la práctica de la histerectomía, y si, además, existió un consentimiento informado adecuado respecto de la forma de terminación del embarazo.

El juzgador abordó primero el reproche relativo al consentimiento informado y concluyó que no estaba demostrada su ausencia o deficiencia. Tuvo por acreditado que a la paciente se le explicaron

⁹ [01. LlamamientoSuraAClinicadelPrado18042022.pdf](#) / Páginas 9 y 10

¹⁰ [03. RespuestaLlamamientoClinicaDelPrado27072022.pdf](#) / Páginas 3 y 4.

¹¹ [5405001310301520220002900_L050013103015CSJVirtual_01_20240702_140000_V 07_02_2024_08_31 PM UTC.mp4](#) / La evaluación del caso concreto comienza a partir del minuto 13:42

las alternativas de cesárea e inducción del parto vaginal, que el riesgo de ruptura uterina estaba comprendido dentro del consentimiento suscrito y que no había prueba de que ese acto debiera ser cumplido exclusivamente por un especialista en ginecología obstétrica. Consideró, además, que el deber de información había sido satisfecho de manera suficiente para el procedimiento finalmente escogido.

Descartado ello, examinó el reproche por falla en la prestación del servicio durante el trabajo de parto. Entendió que la valoración conjunta de la historia clínica, de los testimonios técnicos y de los dictámenes periciales no permitía afirmar que la vía vaginal hubiera estado contraindicada para el caso concreto, pese al antecedente de cesárea previa y al diagnóstico de restricción del crecimiento intrauterino tipo I. Resaltó que la recomendación de terminar la gestación en la semana 37 no equivalía, por sí sola, a una indicación de cesárea, y que no se probó apartamiento de la *lex artis* en la escogencia del método de inducción, en el seguimiento clínico de la paciente ni en la respuesta institucional una vez se detectó la pérdida de la fetocardia y se dispuso la cesárea de urgencia.

También se ocupó del argumento según el cual, ya iniciado el trabajo de parto, la paciente manifestó querer que se le practicara cesárea. Al respecto concluyó que tal expresión no estructuraba, en las condiciones en que se produjo, un debilitamiento o anulación de la autorización previamente otorgada ni imponía, por sí sola, la interrupción inmediata del procedimiento ya en curso.

Con apoyo en esas consideraciones, concluyó que no se acreditaron los elementos axiológicos de la responsabilidad pretendida. En consecuencia, negó las súplicas de la demanda. Debido a la absolución de las demandadas, no adelantó examen sustancial de las excepciones de mérito ni de los llamamientos en garantía promovidos.

5. Impugnación de la parte demandante¹².

Interpuso la alzada inmediatamente después de notificado el fallo en estrados. Formuló los reparos concretos dentro de los tres días siguientes a la finalización de la audiencia; los cuales sustentó en esta instancia por medio del escrito que a continuación se sintetiza.

Reviró la conclusión según la cual existió un consentimiento informado adecuado. Sostuvo que el documento suscrito no diferenciaba el riesgo de ruptura uterina en una paciente con cesárea previa frente a una gestante sin ese antecedente, ni daba cuenta del aumento del riesgo asociado a la inducción con oxitocina y maduración cervical, por lo que no podía tenerse por trasladado un riesgo que debía explicarse de manera individualizada. Agregó que el acto de información no fue cumplido por el profesional idóneo, pues la decisión sobre la vía del parto debió ser explicada y definida por un especialista en ginecología y no por una médica general.

¹² [56RecursoApelacion202200029.pdf](#)

En segundo lugar, reprochó la valoración del material probatorio relativo al seguimiento del trabajo de parto. Afirmó que en la historia clínica y en las notas de enfermería se registraban manifestaciones reiteradas de dolor creciente, sin que ese síntoma hubiera sido evaluado con la profundidad exigible en una paciente precesareada sometida a inducción con oxitocina, y que esa omisión fue minimizada por la sentencia al acoger conclusiones periciales que no se correspondían con la historia clínica.

Finalmente, sostuvo que el fallo erró al restarle eficacia a la manifestación de voluntad de la paciente de optar por la práctica de cesárea cuando el trabajo de parto ya estaba en curso. Es que, con base en las condiciones propias del dolor y del proceso obstétrico, debió darse continuidad a la elección quirúrgica y no simplemente hacer caso omiso de ella; para el cuerpo médico era mandatorio reconocer que esa decisión integraba el ámbito de autonomía de la gestante, de manera que su desconocimiento influyó en la continuación del parto vaginal y, con ello, en la producción del desenlace dañoso.

6. Pronunciamento de los no recurrentes¹³.

En esencia, sostuvieron que la gestante recibió información suficiente, oportuna y comprensible sobre las alternativas de terminación del embarazo y sobre los riesgos inherentes a la atención del parto, incluido el de ruptura uterina, así como sobre las circunstancias que podían incrementarlo, entre ellas la

¹³ [10MemorialPronunciamento.pdf](#) / [12MemorialAlegatos.pdf](#) / [14Memorialpronunciamento.pdf](#)

cesárea previa, de modo que no era acertado afirmar la existencia de un consentimiento deficiente ni la falta de idoneidad de quien lo obtuvo.

También expusieron que el material documental, testimonial y pericial acreditó que la vía vaginal no estaba contraindicada, que el trabajo de parto se desarrolló con vigilancia y monitoreo continuos y que el dolor referido por la paciente no constituía, por sí solo, un signo concluyente de ruptura uterina ni imponía una conducta distinta a la adoptada. En la misma línea, afirmaron que la manifestación consignada en una nota de enfermería acerca del deseo de cesárea no equivalía a una revocatoria inequívoca del consentimiento inicialmente otorgado, menos aún en el contexto clínico en que se produjo y sin formalización médica expresa de un cambio de decisión. Con apoyo en ello concluyeron que no se acreditó culpa ni nexo causal, razón por la cual debía mantenerse la absolución dispuesta en primera instancia.

II. PROBLEMA JURÍDICO.

Corresponde a la Sala, congruente con los reparos concretos y el pronunciamiento frente a los mismos, definir si en verdad acaeció la culpa galénica en el seguimiento y tratamiento del trabajo de parto, con base especialmente en la atención a los riesgos particulares de la madre y el feto, y a los dolores que ella manifestó. Asimismo, determinar si el cuerpo médico cumplió con el deber de información respecto de la paciente; y si lo hizo suficientemente por medio del consentimiento informado suscrito.

Únicamente si se halla la infracción galénica, se auscultará por la existencia y extensión de los perjuicios extrapatrimoniales reclamados. Tan solo si el pedimento se palpa próspero, se estudiará si algún medio exceptivo podría derruirlo.

III. PLANTEAMIENTOS SUSTENTATORIOS DE LA DECISIÓN

3.1. Realizado el control de legalidad establecido en el artículo 132 del Código General del Proceso, no se advierte vicio ni irregularidad alguna que configuren nulidad; igualmente, están reunidos los presupuestos procesales requeridos para proferir una decisión de fondo, sobre los que además no existe controversia; así como los materiales, necesarios para estimar o desestimar las pretensiones.

3.2. De otro lado, es claro que la competencia del Tribunal se circunscribe, estrictamente, a los reparos concretos que enarbó el recurrente en contra de la sentencia de instancia¹⁴. A cuya resolución, entonces, procederemos.

3.3. De los relativos a la culpa médica en el seguimiento y tratamiento del trabajo de parto.

La evaluación debe centrarse sobre la vigilancia y tratamiento dispensado durante el trabajo de parto, dados los riesgos particulares del embarazo de Bibiana Patricia y el dolor que durante aquel manifestó; así como el nivel de estrictez con que debió hacerse dicho seguimiento.

¹⁴ Código General del Proceso. Artículo 328.

Como se sabe, la culpa es una manifestación de la imprudencia, impericia, negligencia o violación de un reglamento, es decir, afirmar que una conducta es culposa es, necesariamente, un juicio comparativo del actuar que era esperado con aquel practicado. Un juicio de correspondencia entre el deber ser y el ser.

En materia de responsabilidad civil médica, el estándar de conducta genérico que ha fijado pacíficamente la jurisprudencia de la Sala Civil, Agraria y Rural de la Corte Suprema de Justicia, respecto del galeno con su paciente, se resume del siguiente modo:

“Los especiales perfiles que presenta el ejercicio de la actividad médica y la marcada trascendencia social de esa práctica, justifican un especial tipo de responsabilidad profesional (...) “Cierta tolerancia se impone, pues dice Sabatier, sin la cual el arte médico se haría, por decirlo así, imposible, sin que esto implique que esa tolerancia debe ser exagerada, pues el médico no debe perder de vista la gravedad moral de sus actos y de sus abstenciones cuando la vida y la salud de sus clientes dependen de él”. Sin embargo, no hay para la conducta de los médicos una inmunidad al régimen general de las obligaciones, pues como ha reconocido la jurisprudencia, “el médico se compromete con su paciente a tratarlo (...) con el fin de liberarlo, en lo posible, de sus dolencias; para este efecto aquel debe emplear sus conocimientos profesionales en forma ética, con el cuidado y diligencia que se requieran, sin que, como es lógico, pueda garantizar al enfermo su curación (...)”¹⁵.

En palabras del profesor y exmagistrado de la Sala de Casación Civil Agraria y Rural de la Alta Corte, Carlos Ignacio Jaramillo Jaramillo, (...) *el deber céntrico o primario del galeno, ese que se sitúa en la almendra de la relación médico-paciente (nervio*

15 Sentencia Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia 11001-3103-037-2000-67300-01, M.P. Edgardo Villamil Portilla, 15 de enero de 2008.

obligacional), estriba en la asistencia sanitaria, encaminada a satisfacer, en su real dimensión tutelar, el interés terapéutico -o sanitario- del paciente, en el entendido, claro está, de que para dicho efecto el profesional desplegará lo mejor de sí, de conformidad con las reglas que estereotipan su nobilísimo y milenar arte (lex artis ad hoc)¹⁶.

Esta última, la *lex artis*, es el criterio con el que debe medirse la adecuación del acto médico, pues, como lo tiene dicho la Sala de Casación Civil Agraria y Rural de la Corte Suprema de Justicia, (...) *es el parámetro objetivo que han de seguir los jueces para valorar las pruebas que dan cuenta de la conducta (activa u omisiva) de los agentes prestadores del servicio de salud, a fin de poder determinar la presencia de los elementos que permiten atribuir responsabilidad civil¹⁷.*

Se trata de una obligación -en principio- de medio, cuya satisfacción pende directamente del grado de correspondencia entre el acto médico que fue practicado y la *lex artis* que lo rige. De ahí que solo será inculpable el comportamiento que se adecúe a tales exigencias normativas: una conducta prudente, diligente y perita que procure en la mayor medida posible la sanidad del paciente (así sea que nunca se dé), a través del aprovechamiento de las herramientas físicas y cognitivas del galeno.

16 Jaramillo Jaramillo, Carlos Ignacio (2011) "Responsabilidad civil médica: la relación médico-paciente" segunda edición, Colección ensayos; número 8, Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Jurídicas. Página 252.

17 SC 9193/2017 M.P. Ariel Salazar Ramirez.

La aprehensión intelectual de la *lex artis* debe arribar ante el juzgador por múltiples caminos, puesto que la ciencia médica le es ajena. Esa información será el pivote para la valoración probatoria de la conducta médica. Por eso mismo es que no se pretende que comprenda con la misma profundidad que lo hace un médico, ni que autónomamente proponga soluciones sanitarias al caso que resolvieron los médicos. Tan solo se espera que alimente su juicio con reglas de sana crítica que luego servirán para la valoración probatoria en términos de prudencia o imprudencia, diligencia o negligencia, pericia o impericia, y violación o no de reglamentos.

Uno de los tantos medios para tal fin son los dictámenes periciales, que ilustran acerca de las definiciones de los actos médicos, las prácticas imperativas durante su ejecución, de los riesgos, beneficios, o alternativas, y un largo etcétera de factores determinantes para que el juez edifique su calificación. Pero también pueden cumplir tal finalidad los testigos técnicos, las pruebas por informe, los documentos de guías y protocolos médicos, e inclusive la literatura médica certificada que consulte para la resolución del caso. En punto a esto último, así lo dejó sentado la Sala en oportunidad anterior¹⁸.

“(...) El carácter de la múltiple literatura médica que acaba de citarse, de ninguna manera es de prueba documental que apenas en esta instancia se haya incluido y al mismo tiempo se valore, nada de eso, se trata, en verdad, de una regla de la sana crítica, útil para alimentar el juicio sobre la pertinencia e idoneidad del actuar del galeno, y que ha sido comprobado mediante, ahora sí, todo el material probatorio. En idéntico sentido lo entendió la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia:

18 Sentencia Nro. 059 del 02 de diciembre de 2024. Radicado 05088310300220140087202.

“Como en el caso anterior, es evidente que para determinar si la orden de salida de la clínica del paciente impartida por el médico tratante, que corresponde al hecho acreditado en el proceso, fue una medida oportuna y pertinente, el sentenciador de segunda instancia trajo como referente la literatura médica que citó (...) el señalado referente no correspondió a una prueba, sino a la regla de la ciencia médica con base en la cual el citado juzgador evaluó la pertinencia e idoneidad del hecho comprobado en el proceso de haberse dado de alta al paciente el 28 de noviembre de 2004 y que le permitió deducir que esa determinación fue prematura e inadecuada. No pudiéndose confundir las pruebas y las reglas de la sana crítica (...) impropio es tener la literatura médica referida por el sentenciador de instancia como un medio de convicción, propiamente dicho, y, menos, admitir que, debido a su invocación, el Tribunal incurrió en error de hecho por suposición” (...).”

Al trámite se allegaron dos dictámenes periciales emitidos por especialistas en ginecología y obstetricia. El primero rendido por José Darío Bravo Ramírez¹⁹ y el segundo por Juana Catalina Orrego Molina²⁰.

Aunque tenga por finalidad brindarle elementos de ciencia que para el juez son desconocidos, la Alta Corte tiene dicho, como debe ser, que ningún dictamen pericial es verdad irrefutable, sino que, por el contrario, la actitud del destinatario de la prueba debe ser crítica respecto de los métodos usados a lo largo del informe, la imparcialidad y la idoneidad del perito; por supuesto que no para calificar el acierto técnico de las conclusiones propias de tal oficio, sino para evaluar su coherencia, la lógica seguida en los métodos, y la correspondencia con la verdad unitaria que arroja el resto del material probatorio:

“(...) No obstante estar llamados los peritos -dice Dellepiane- a suplir o completar los conocimientos del juez; ilustrándolo sobre cuestiones de hecho que requieren saber especial, su opinión no liga imperativamente al magistrado, ni lo dispensa del deber crítico (...) La fuerza vinculante

19 [03.DemandayAnexos.pdf](#) / Páginas 368 a 389.

20 [27 AllegaDictamenPericial.pdf](#) / Páginas 4 a 18.

de un experticio, en todo caso, y que obligue al juzgador a someterse a aquél sin discriminación de ninguna especie, no ha sido aceptada nunca por los expositores ni por nuestra legislación (...) El artículo 723 coloca al Juez en un plano de apreciación muy amplia, para estudiar la fuerza probatoria del dictamen pericial, de acuerdo con las reglas generales sobre valoración de pruebas (...)”²¹.

De modo que, de golpe, ante la *tacha de parcialidad* que formuló el apoderado de la Clínica del Prado frente al ginecobstetra José Darío, a raíz de los presuntos antecedentes personales de enemistad con dicha entidad, y aunque técnicamente el ordenamiento procesal no haya contemplado tal figura en la sustentación de las pruebas periciales sino únicamente en la recepción de testimonios²², una sensata interpretación sistemática permite concluir que lo que quiso el apoderado fue sugerir una evaluación recelosa del dicho del experto, tal como lo habilita el artículo 235 adjetivo, y en cierta extensión del mandato contenido en el artículo 232 ibidem.

Mas, lo cierto es que no hubo parcialidad alguna. Dijo que renunció a la Clínica del Prado por diferencias de criterios técnicos en el desarrollo de la profesión con algunos de los médicos que allí prestaban el servicio. Situación apenas natural en una ciencia inexacta y variable tal como la medicina, y más aún porque, como más adelante se verá, en efecto existían: es que él concibe y aconseja una ejecución del trabajo de parto disímil a la practicada a Bibiana Patricia por el personal de la IPS. Primordialmente en cuanto al aumento del riesgo de ruptura uterina por la aplicación de oxitocina en paciente precesareada y

21 STC-2066/2021. M.P. Octavio Augusto Tejeiro Duque, que reitera la sentencia SC-5186/2020. M.P. Luis Armando Tolosa Villabona.

22 Código General del Proceso. Artículo 211.

el estándar de vigilancia que ello requiere, cual es el *quid* de este asunto.

Lo que se halló, en cambio, fue un robusto criterio sustentado en los 20 años de ejercicio de la ginecología que tenía al tiempo de sustentar su experticia en audiencia²³, asimismo, en su especialización en valoración del daño corporal²⁴. La ginecóloga Juana Orrego acreditó alrededor de 10 años de ejercicio de su especialidad para aquel momento²⁵; también explicó que si bien nunca ha tenido una relación laboral con la Clínica del Prado, sí ha alquilado sus quirófanos y demás instalaciones físicas para la atención de las pacientes que contratan sus servicios médicos de manera particular.

En lo que estuvieron de acuerdo ambos expertos es que (i) el riesgo de ruptura uterina en una mujer con cesárea previa se sitúa alrededor del 0.4% al 0.7%; y que (ii) ese riesgo aumenta sustancialmente (aproximadamente el doble o incluso más) *cuando se utilizan medicamentos como oxitocina para inducción de parto*²⁶. Es apenas lógico, en tanto responde al principio de autorresponsabilidad y al deber galénico de disponer la mayor diligencia y cuidado al servicio del paciente, que el grado de vigilancia durante el trabajo de parto de Bibiana Patricia, en tanto estaba puesta en unas condiciones particulares más riesgosas, necesariamente debía ser mayor. En el mismo sentido lo concluyó el perito José Darío:

23 [03.DemandayAnexos.pdf](#) / Página 388

24 Ibidem. Página 389.

25 [27 AllegaDictamenPericial.pdf](#) / Página 17.

26 [27 AllegaDictamenPericial.pdf](#) / Dictamen pericial rendido por Juana Orrego Molina. Página 7.

“(...) El riesgo genérico de rotura uterina en una mujer con cesárea anterior se sitúa alrededor del 0.5%, pero puede variar según diferentes aspectos que deben ser tenidos en cuenta para efectuar un asesoramiento individualizado (...) A modo ilustrativo tendríamos que la inducción del parto aumenta el riesgo de ruptura uterina a un 2% aproximadamente, pudiendo variar según el método utilizado. Tanto el uso de prostaglandina E2 (Dinoprostona) como de oxitocina incrementan el riesgo de ruptura, y especialmente su utilización secuencial (riesgo de rotura descrito hasta del 4%) (...)”

Se puede presentar ruptura uterina en una cesárea previa. En el caso de inducción del parto con oxitocina del 0.5 al 1%, y es mayor con prostaglandinas (Misoprostol) hasta el 4% (...)”

La aplicación de oxitocina en una paciente con cesárea previa debe tener un protocolo especial por el riesgo de presentar complicaciones como la ruptura uterina. El seguimiento del trabajo de parto debe ser estricto por tener este riesgo, además en la paciente se adiciono (sic) a la dilatación del cérvix en forma mecánica (...)”²⁷.

La perito Juana Orrego al respecto explicó:

“(...) El riesgo de ruptura uterina en pacientes con antecedente de cesárea en un embarazo anterior es del 0.4-0.7%, y cuando se utilizan medicamentos como oxitocina para inducción de parto después de una cesárea el riesgo de ruptura es del 2% (...)”²⁸.

Y aunque al rendir la sustentación y contradicción en audiencia de sus experticias ambos indicaron porcentajes levemente disímiles a los consignados en el informe escrito, lo cierto es que uniformemente quedó demostrado que, en cualquier caso, el uso de oxitocina en mujer con cesárea previa aumentaba al doble –o incluso más- el riesgo de ruptura uterina. Total, que profundizaron en tal entendimiento común que se traduce en *lex artis* concreta exigible a los galenos:

²⁷ [03.DemandayAnexos.pdf](#) / Páginas 377 a 382.

²⁸ [27 AllegaDictamenPericial.pdf](#) / Página 7

La utilización simultánea de sonda de Foley más oxitocina se llama

“(…) una inducción secuencial continua, dos procedimientos en uno solo. Es otro riesgo que se asume por parte de la clínica o de los de los obstetras. Yo diría, se puede hacerlo, pero se debe hacer un control estricto (...)”²⁹.

Por su parte, la doctora Juana Orrego explicó:

“(…) Cuando uno utiliza medicamentos, usted tiene que separar los medicamentos. Entonces, cuando se utiliza oxitocina el riesgo no supera el 1.1, pero usted puede utilizar otro tipo de medicamentos como las prostaglandinas. Cuando usted utiliza prostaglandinas (...) ese riesgo sí llega hasta el 2%. (...)”³⁰.

Además de la cesárea previa y la aplicación de oxitocina, se presentaban como factores de riesgo: *obesidad*, tabaquismo, restricción del crecimiento intrauterino (*RCIU tipo I*), *toxoplasma susceptible*³¹; todo lo cual, según el dicho de los expertos³², sin duda hizo de Bibiana Patricia una paciente de *alto riesgo obstétrico (ARO)*, advertido y plasmado en la historia clínica desde los controles prenatales³³.

Algo más hay que añadir acerca de la *guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio*, aportado por el apoderado de la IPS, y es que no fue aportada la guía completa. Una vez auscultada la guía en su integridad –labor habilitada por componer una regla de la sana crítica y no una prueba recién

29 [37 Audiencia04102023Parte1.wmv](#) / Sustentación dictamen pericial José Darío Bravo. Punto específico a partir del minuto 45:10

30 Ibidem / Sustentación dictamen pericial Juana Orrego. Punto específico a partir del minuto 4:22:48.

31 [06.RespuestaDda.ClinicadelPrado22042022.pdf](#) / Página 185

32 [27 AllegaDictamenPericial.pdf](#) / Página 6. [03.DemandayAnexos.pdf](#) / Página 380

33 [03.DemandayAnexos.pdf](#) / Véase, por ejemplo, de páginas 127 a 131

incorporada, según ya se explicó³⁴, y además porque el propio documento adjunto remite la consulta a *la versión completa de esta guía*³⁵- lo que se halló es que no era aplicable para el manejo del embarazo acá estudiado, por la sencilla razón de que Bibiana Patricia no hizo parte del grupo de pacientes considerados en la guía, ni sus aspectos clínicos específicos fueron allí concebidos:

“(...) La población a la cual NO se dirige la guía incluye los siguientes grupos poblacionales:

(...) - Mujeres que cursen con embarazo de alto riesgo que requieran atención obstétrica especializada durante la gestación, el parto o el puerperio.

(...) - Mujeres embarazadas con alguna condición médica o del embarazo que contraindique el parto vaginal, requieran operación cesárea o inducción del trabajo de parto.

(...) La guía no aborda los aspectos relacionados con la prevención, diagnóstico y manejo de las complicaciones del embarazo que requieran atención obstétrica especializada y subespecializada durante el control prenatal y la atención del parto y del puerperio, tales como:

(...) - Antecedentes médicos o quirúrgicos como (...) usuarias de drogas ilícitas, alcohol o cigarrillo.

(...) - Atención de parto pretérmino, atención de embarazo prolongado, inducción del trabajo de parto o parto por operación cesárea (...)³⁶.

La utilidad de haber situado diáfananamente el estándar de conducta exigible -consistente en un grado de vigilancia mayor durante el trabajo de parto de Bibiana Patricia- es que ahora refulge que el campo fenomenológico no se corresponde con el deber ser.

La tesis acerca de la culpa galénica es: (I) el cuerpo médico que vigiló el trabajo de parto fue imperito respecto del verdadero riesgo de

34 Sentencia Nro. 059 del 02 de diciembre de 2024. Radicado 05088310300220140087202.

35 [34. AportanPruebaDeOficioClinicaDelPrado20092023.pdf](#) / Página 88

36 Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Guía No. 11-15. Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias. Bogotá, 2013. Guía completa.

ruptura uterina que atravesaba Bibiana Patricia –aumentado alrededor del doble por el uso de oxitocina-. (II) De la falta de intelección se sigue un actuar negligente e imprudente en el seguimiento y prevención de la materialización de ese riesgo, que, dicho sea de paso, es de una mortalidad muy alta para el feto según explicaron la mayoría de los deponentes³⁷. Veamos.

(I) La médica general Marcela Benítez Castaño, quien además de realizar la primera atención del 17 de septiembre y definir la vía del parto por *dilatación mecánica cervical* luego de haber explicado *posibles riesgos y complicaciones* (sobre su acierto se dedicará un acápite autónomo más adelante), también dijo que en la IPS no existía un formato de consentimiento informado diferenciado para pacientes con o sin cesárea previa, debido a que todas tenían ese riesgo:

“(...) En la Clínica del Prado, para ese momento, ¿existía algún consentimiento informado específico (...) para iniciar trabajos de parto para pacientes (...) específicamente con cesárea previa? Contestó: no. ¿Es decir que no se diferenciaban los riesgos de las pacientes que tenían cesárea previa de aquellas que no las tenían? Contestó: como le digo, se explica lo que está establecido en el consentimiento informado, independiente de si tiene o no el antecedente de la cesárea el riesgo es ese para todas (...)”³⁸.

Grosso modo, la médica general aseveró que la mayoría de los asuntos que se le preguntaron eran de conocimiento particular del *pediatra*, y no suyo; por ejemplo, acerca de las consecuencias *fisiológicas* concretas que podrían tener los factores de riesgo en la salud del bebé o de la madre, respecto de por qué se aplicó oxitocina en este caso, de si el RCIU tipo I podría llegar a generar hipoxia, etc.

37 Ambos peritos, Isabel Cristina Gómez, Susana Cárdenas, Carolina Amórtegui. Todos ginecobstetras.

38 [39 Audiencia05102023Parte1.mp4](#) / Testimonio Marcela Benítez. A partir del minuto 9:47.

Específicamente dijo, acerca de la razón por la cual la ruptura uterina es un riesgo inherente en el trabajo de parto, que:

“(...) no sé cómo explicarlo realmente bien, está estipulado que es un riesgo que está dentro del proceso (...)”³⁹.

Y desconocía el grado de aumento del riesgo por el uso de oxitocina:

“(...) ¿Conoce cuál es el aumento del riesgo de ruptura uterina, usando oxitocina, (...) en pacientes que tienen una cesárea previa? Contestó: no, no conozco ese porcentaje (...)”⁴⁰.

Por su parte, la ginecobstetra Isabel Cristina Gómez explicó que eran idénticos los protocolos de atención para pacientes con bajo riesgo obstétrico (BRO) y aquellas con alto riesgo obstétrico (ARO); ello por cuanto la mayoría encajaban en el segundo grupo:

“(...) ¿En la Clínica del Prado existe un protocolo de atención diferenciado en el sentido de valorar a la paciente (...) de una manera más frecuente cuando se trata de paciente de alto riesgo obstétrico a cuando se trata de pacientes que tienen un riesgo normal? Contestó: el protocolo es igual en el sentido de que en la clínica pues el grueso de las pacientes, todas, son pacientes de alto riesgo (...)”⁴¹.

Así como también eran idénticos los consentimientos informados para cualquier trabajo de parto o cesárea:

“(...) ¿la clínica tiene diferenciado los consentimientos informados para cuando se trata de pacientes gestantes que tienen una cesárea previa? Contestó: No, (...) el consentimiento que hay de trabajo de parto es un consentimiento general para todas las pacientes. El consentimiento de cesárea es el consentimiento igual para todas las pacientes. Ni en la clínica ni en otras donde yo haya estado hay un consentimiento diferencial de acuerdo como a cada particularidad de las pacientes, no (...)”⁴².

39 Ibidem.

40 Ibidem.

41 Ibidem / Testimonio Isabel Cristina Gómez. A partir del minuto 1:29:45. La pregunta y respuesta concreta: [40. AudioVideoAudiencia\(2\)05102023.mp4](#) / A partir del minuto 2:29.

42 Ibidem.

Análogamente, la ginecobstetra María Susana Cardenas, quien revisó el trabajo de parto a las 20:45 del 17 de septiembre y luego nuevamente a las 01:12 y 01:55 del 18 siguiente, y dispuso la aplicación de epidural para el manejo del dolor, aseveró:

“(...) ¿La aplicación de estos dos procedimientos (sonda de Foley y oxitocina) aumentaban el riesgo en la producción de un eventual daño a la señora Bibiana, para ella o para el feto? Contestó: no (...)”⁴³.

En punto al mismo asunto, Carolina Amórtegui, ginecobstetra que dispensó el seguimiento a Bibiana Patricia a las 23:41 del 17 de septiembre, sostuvo:

“(...) ¿el hecho de aplicarle la oxitocina y hacerle el procedimiento de dilatación mecánica pudo haber contribuido a aumentar ese riesgo de la ruptura uterina? Contestó: El riesgo estaba innato por el simple hecho de la cesárea, no iba a aumentar. El riesgo ya estaba ahí por el simple hecho de tener una cicatriz uterina (...)”⁴⁴.

Lo que se sabe es que, en efecto, todas las pacientes sometidas a trabajo de parto están expuestas al riesgo de ruptura uterina; pero es igual de cierto y prioritario conocer que no es el mismo nivel de exposición para todas, y que hay variaciones que pueden llevarlo inclusive a más del doble del riesgo basal en determinadas condiciones.

Por la relación sin igual y subjetiva médico-paciente, en lógica de no-identidad, todas las gestantes que acuden a la Clínica del Prado no atraviesan, *per se*, un embarazo de alto riesgo; eso solo lleva intrínseca la necesidad de una visión diferenciada de cada caso para su diagnóstico y tratamiento, y no un único protocolo

43 [45. 05001310301520220002900-20240411_094514-Grabación de la reunión.mp4](#) / Testimonio María Susana Cardenas, a partir del minuto 5:56

44 [46. 05001310301520220002900-20240411_133954-Grabación de la reunión.mp4](#) / Testimonio Carolina Amórtegui, a partir del minuto 2:30

uniforme. Lo que superficialmente parecía ser una conducta englobante y tecnológica de seguimiento, se tradujo en este caso concreto en una mecanización del trabajo y desatención de lo particular.

La única integrante del cuerpo sanitario que conocía el sustancial incremento en el riesgo de ruptura uterina por la aplicación de oxitocina en una paciente precesareada fue precisamente quien ordenó y comenzó su uso a partir de las 17:08 del 17 de septiembre⁴⁵, la ginecobstetra Isabel Cristina Gómez, quien al mismo tiempo procedió con la *colocación intracervical de sonda foley*. Luego, ella no revisó más a Bibiana Patricia durante el acto médico de alumbramiento. Las profesionales encargadas de la supervisión estricta de la evolución de la paciente y de los efectos del riesgo aumentado no tenían el conocimiento -o no demostraron tenerlo- respecto de la existencia de ese aumento porcentual en más del doble de la ocurrencia de ruptura uterina, y por supuesto tampoco de la consecuente mayor vigilancia que imponía la ciencia.

(II) Esa falta de intelección sobre el verdadero riesgo que atravesó la gestante -de la que padeció casi todo el cuerpo médico tratante- necesariamente repercutió en la forma como atendieron el parto. La impericia sobre ese punto concreto de la *lex artis* conllevó a una atención y tratamiento imprudente y negligente especialmente en dos asuntos: (i) ausencia de tacto vaginal a raíz de la idea de que la permanencia de la *sonda de foley* dentro de la cavidad vaginal hacía inane su realización, y (ii) nulo seguimiento al dolor por considerar

45 [06.RespuestaDda.ClinicadelPrado22042022.pdf](#) / Páginas 188 y 189

que la variación en la fetocardia era el único signo de alarma de una ruptura uterina.

Adviértase, en términos de credibilidad de las testigos médicas y ginecobstetras que atendieron a Bibiana Patricia, que la constante calificación óptima de su conducta debe ser evaluada con mayor recelo, pues por obvias razones narran lo acertado de su actuar. Total, fueron partícipes directas de las conductas reprochadas, de hecho, fueron quienes las ejecutaron. Por tanto, era esperable que su juicio tendiera a favorecer la tesis de la clínica, ya que en últimas estaban declarando sobre lo adecuado o inadecuado de su propio actuar. Sin embargo, no por ello deben ser descartados de tajo sus dichos, sino que su evaluación y ponderación debe ser mucho más rigurosa, minuciosa y detallada, y en especial, contrastada con los demás elementos de juicio en lo que respecta a la adecuación de su conducta con la *lex artis*.

(i) El perito José Darío reprochó precisamente que el cuerpo médico no tuvo una evaluación certera sobre el estado en que iba evolucionando el cuello uterino:

“(...) estricto es que los controles, generalmente en trabajo de parto o en inducciones, como en estos casos, se debe hacer mínimo cada 2 horas. Aquí hay evaluaciones de cada 3 horas y hay una nota (...) en una evaluación de una de las ginecólogas (..) el mismo 17 a las 23:00 la doctora Amórtegui coloca: dolor, monitoreo fetal categoría I, cuatro contracciones y no hago tacto.

La norma (...) es que si yo voy a evaluar una paciente, veo un monitoreo y tiene actividad de cuatro, esa señora tiene contracciones, y las contracciones son las que dan los cambios cervicales y omitieron el tacto vaginal. Ahí está textualmente: tacto vaginal no se hizo, se omitió (...)

(...) Las evaluaciones hechas por las ginecólogas, no tienen evaluación de cómo estaba el cuello (...)

*(...) En los hallazgos operatorios encontraron (...) una ruptura del útero extensa que iba hasta la parte vaginal, o sea comprometió cuello y la parte lateral izquierda del útero (...)*⁴⁶.

El objeto clínico del tacto vaginal va más allá de consultar la dilatación del cuello uterino, pues es fundamental para auscultar su sanidad general, su *longitud, consistencia, dilatación del orificio cervical, ubicación del cérvix, si está en la región anterior, media o posterior*, etc. Al respecto, la representante legal de la Clínica del Prado⁴⁷ sostuvo que, mediante el tacto, además de verificar la dilatación, se puede establecer *qué tanto se ha metido el bebé dentro del canal vaginal o la pelvis*; explicó que, en condiciones esperadas, si el bebé estaba encajado, al tacto debía sentirse la cabeza y determinarse qué tan abajo estaba. Señaló que, en el caso descrito, al tacto se evidenció dilatación de 6 cm, pero no se encontró el bebé donde se esperaba, sino *hacia arriba o flotando*, lo cual, sumado a la ausencia de frecuencia cardíaca, llevó a sospechar ruptura uterina.

En esa línea, Marcela Benítez explicó que era importante realizar el tacto vaginal al ingreso porque, *de acuerdo a los hallazgos, se podían tomar conductas; es muy importante establecer condiciones, si hay sangrado o no, signos clínicos que me alerten de que algo no está bien, es muy importante el tacto*. Luego narró que el resultado del tacto que ella realizó a las 12:09 fue un cérvix sin cambios, sin sangrado ni salida de líquido, y precisó que

46 [37 Audiencia04102023Parte1.wmv](#) / Sustentación dictamen pericial José Darío Bravo. Punto específico a partir del minuto 45:10

47 [21.3. AudioVideoAudiencia20042023.mp4](#) / Interrogatorio Isabel Cristina Lizcano Bedoya, a partir del minuto 1:05

cérvix posterior, semiduro, largo, cerrado describía características físicas del cuello: *posición, consistencia, longitud y si estaba abierto o cerrado*⁴⁸.

La ginecobstetra Isabel Cristina Gómez definió múltiples características del cuello cervical, específicamente *grosor, estación, longitud, consistencia, borramiento y dilatación*:

“(...) un cuello que no está en trabajo de parto es un cuello que tiene una longitud, entonces eso habla del largo. Es un cuello que tiene una consistencia, es decir, si yo lo toco, puede ser duro como mi hueso, o puede ser blandito como el lóbulo de mi oreja. Eso habla de la consistencia. El borramiento hace referencia también a ese grosor, si es muy grueso o si empieza a volverse más delgado, entonces uno lo habla en porcentajes, es decir, está 10% borrado, 50% o 100% borrado, que significa que ya no existe prácticamente.

*La estación hace referencia a la posición que tiene el feto en cada uno de los planos de la pelvis y la dilatación hace referencia a la apertura del orificio cervical interno (...)”*⁴⁹.

Explicó que el procedimiento para evaluarlos es, *sí o sí*, por medio del tacto vaginal:

“(...) Con la tracción de la sonda, o digamos, con el hecho de que la sonda no caiga (...), ¿cuántos de esas características (...) se pueden evidenciar con tacto vaginal y cuáles se pueden evidenciar solamente con la sonda? (...) Contestó: para yo evaluar la característica del cuello, pues sí o sí, para yo determinar todos los parámetros que le digo, deben ser con un tacto vaginal (...)”

Y a pesar de que tanto las doctoras Carolina Amórtegui como Susana Cardenas expresamente dijeron conocer lo que viene tratándose: que los resultados obtenidos con la tracción de la sonda de foley y con el tacto vaginal no son equivalentes, solo

48 [39 Audiencia05102023Parte1.mp4](#) / Testimonio Marcela Benítez. A partir del minuto 9:47.

49 [39 Audiencia05102023Parte1.mp4](#) / Testimonio Isabel Cristina Gómez. A partir del minuto 1:29:45. La pregunta y respuesta concreta: [40.AudioVideoAudiencia\(2\)05102023.mp4](#) / A partir del minuto 18:05

practicaron lo primero. Y lo hicieron bajo el argumento de que la sonda de foley aún se encontraba en cavidad y la dilatación no había avanzado lo suficiente; como si de uno y otro procedimiento se extrajera la misma información relevante. Del siguiente modo explicaron que la falta de dilatación tornaba inane el tacto vaginal:

A las 20:45 del primer día de atención, la doctora Susana Cardenas omitió tacto vaginal⁵⁰ porque

“(...) Y pues en este caso no hice tacto vaginal, ¿por qué? Porque el procedimiento que se le había realizado había sido hacía dos horas aproximadamente, y la paciente se cataloga que está en una fase latente del trabajo de parto, por lo cual, los tactos vaginales no están indicados de forma tan continua porque queremos disminuir a toda costa el riesgo de infección (...)

(...) Y por otro lado porque sé que tiene una sonda in situ (...), esta sonda está dentro del cuello del útero por lo que yo sé que (...) el cuello está en 1 o 1.5. de dilatación (...). De forma visual, veo que la sonda está adentro (...) pero no hago un tacto vaginal (...)

(...) O sea, uno sabe que una sonda in situ dentro del cuello del útero, la dilatación es 1 tal vez, por eso no se hace tacto (...)⁵¹.

De golpe, no es cierto que el procedimiento se hubiese realizado aproximadamente tan solo dos horas antes, sino tres horas y cuarenta minutos, pues la sonda de foley y el goteo de oxitocina inició a las 17:08. Alrededor de seis horas y treinta minutos después de comenzado el *procedimiento*, a las 23:41, la doctora Carolina Amórtegui tampoco realizó tacto vaginal apoyada en un entendimiento similar:

50 [06.RespuestaDda.ClinicadelPrado22042022.pdf](#) / Páginas 189 y 190

51 [45. 05001310301520220002900-20240411_094514-Grabación de la reunión.mp4](#) / A partir del minuto 1:32:28

“(...) no le realizo tacto en ese momento porque realizo una tracción de la sonda de dilatación mecánica que en ese momento estaba puesta y al traccionarla veo que no sale, conclusión: no hay cambios cervicales, por lo cual decido no realizar tacto vaginal (...)”

(...) ¿la tracción de la sonda es como equivalente al tacto vaginal? Contestó: no, no, no, es diferente (...) la dilatación mecánica se aplica en un cuello que todavía no está dilatado y la idea (...) es que mejore la consistencia, la dilatación y acorte el útero. En el momento, si el balón aún queda dentro del útero, y nosotros lo insuflamos, si el balón aún no ha salido eso indica que no hay dilatación suficiente...o sea no hay cambios cervicales suficientes para ser evaluados por un tacto vaginal. Entre más tactos vaginales nosotros hagamos aumentamos el riesgo de infección (...)”⁵².

Según el dicho general de los expertos oídos en juicio, es cierto que es directamente proporcional el aumento del riesgo de infección al número de tactos vaginales que se realicen, de modo que se desincentiva su práctica desmesurada e injustificada; no obstante, acá se dejó de lado esa evaluación por más de ocho horas, como quiera que se vino a practicar apenas a las 01:12, en efecto, solo después de que expulsó la sonda de foley. En suma, se protegió el riesgo de infección al costo de sacrificar una evaluación total y rigurosa de la materialización de la ruptura uterina. Recuérdese la unanimidad con la que se categorizó a la ruptura uterina como una consecuencia altamente mortal tanto para la madre como para el feto.

Y si bien la perito Juana Orrego aseveró que era inoficioso el tacto vaginal a las 23:41, también se centró en que la sonda de foley aún se encontraba en la cavidad uterina, basándose exclusivamente en el factor de la dilatación que, como se explicó, no es el único aspecto por evaluar.

52 [46. 05001310301520220002900-20240411_133954-Grabación de la reunión.mp4](#) / A partir del minuto 5:02.

Se erró por omitir el tacto vaginal puesto que explicaron su futilidad exclusivamente en términos de dilatación. Si la atención hubiese sido diferenciada, ocupándose de los factores de riesgo de Bibiana Patricia tales como cesárea previa, aplicación de oxitocina, tabaquismo, obesidad, restricción del crecimiento intrauterino tipo I, y no mediante una estandarización de todas las pacientes de la IPS, el tacto vaginal se habría realizado en procura de obtener información relevante del cuello uterino más allá de su dilatación, por ejemplo, *grosor, borramiento, consistencia* y sanidad en general. Todo ello con miras a proteger el riesgo de ruptura uterina que se sabía (o se debía saber) incrementado en más del doble. Ese era el curso de acción coherente con el grado de vigilancia mayor que requería la demandante; como se ve, la conducta del cuerpo médico fue diametralmente opuesta: imprudente y negligente para con las condiciones particulares puestas a su manejo.

(ii) Otra repercusión relevante de la ajениdad conceptual al aumento del riesgo de ruptura uterina fue el manejo meramente analgésico del dolor, sin revisión de las notas de enfermería, sin profundización en la zona en que se presentaba o su intensidad, y dejando a la suerte la materialización del riesgo mayor, que en efecto terminó ocurriendo.

Es cierto que la gestante estuvo sometida a un monitoreo fetal continuo y que la frecuencia cardíaca del feto no superó los límites normales; si bien en palabras de la ginecobstetra Juana Orrego, la variación en la fetocardia es el principal signo de alarma de ruptura uterina, definitivamente no es el único:

“(...) el principal signo de ruptura uterina es alteración de la frecuencia cardíaca del feto. La paciente estuvo todo el tiempo con monitoreo continuo y de eso hay evidencia en toda la historia clínica (...) la frecuencia cardíaca estaba normal. Entonces eso es muy importante porque es el primer signo de ruptura uterina.

Segundo, la paciente, cuando manifiesta dolor, nunca manifestó el dolor típico de ruptura uterina. El dolor típico de ruptura uterina es un dolor de inicio agudo, es decir, rápido, súbito, sobre todo sobre la cicatriz de la cesárea, y es un dolor que no mejora entre contracciones. Ese dolor nunca se manifestó. El dolor que la paciente tenía era un dolor típico del trabajo de parto (...) cuando ya es un trabajo de parto activo (...)”⁵³.

Sin embargo, los galenos se percataron del riesgo cuando:

(...) después de la epidural, cuando se le intenta encontrar la frecuencia cardíaca, no se encuentra. Eso es lo primero que hace sospechar que hay una ruptura uterina (...) y segundo, cuando la obstetra va a evaluar lo que encuentra es que, por vía abdominal, al tocar la paciente, encuentra las partes fetales muy fácil (...) y lo tercero es que la paciente presentaba sangrado vaginal. Entonces con esos tres hallazgos inmediatamente la paciente se pasa a cesárea (...)”⁵⁴.

En esa línea, el perito José Darío sostuvo que era importante evaluar el dolor y profundizar en las características de su manifestación:

(...) La ruptura uterina en una paciente que tiene antecedentes de una cesárea previa, uno como obstetra la debe tener presente, es un diagnóstico difícil, es de de filigrana, es supremamente difícil, pero para eso se tiene que ayudar con otros elementos: la experiencia, la escala de Eva, el interrogar cómo es ese tipo de dolor porque es un dolor completamente diferente al dolor de trabajo de parto; esta señora era ya parturienta, ya sabía qué eran el dolor de trabajo de parto (...) y la cesárea fue por trabajo de parto detenido. O sea, se debió haber interrogado más sobre el dolor (...)”⁵⁵.

Inclusive, tanto más era el deber de auscultación del dolor cuanto que no en todos los casos de ruptura uterina se presenta

53 [38 Audiencia04102023Parte2.wmv](#) / A partir del minuto 2:34:17.

54 Ibidem.

55 [38 Audiencia04102023Parte2.wmv](#) / A partir del minuto 20:49.

alteración de la fetocardia. La doctora Juana Orrego, por sustracción de materia, arribó a tal conclusión:

La variación en la frecuencia cardíaca fetal

“(...) es el primer signo de ruptura uterina en el 87% de los pacientes con ruptura uterina (...)”⁵⁶.

Al respecto, el apoderado de la demandante cuestionó:

“(...) ¿existe alguna posibilidad que el monitoreo fetal continúe mostrando rangos de normalidad a la vez que se está presentando una ruptura uterina? Contestó: lo que dice la evidencia es que casi en el 90% de los casos el primer signo siempre es la alteración en el trazado. (...) Por esta razón es que (...) todas las guías de manejo lo único que recomiendan como vigilancia global es que la paciente esté conectada a un monitoreo continuo. ¿Existe una posibilidad? Sí. O sea, en medicina no es una ciencia exacta. Siempre existen posibilidades de que cosas poco probables estén ocurriendo. Si existe esa posibilidad, pero en el 90% de los casos no.

Según eso, ¿en el 10% entonces sí puede ocurrir que no se afecte el monitoreo fetal pero sí esté ocurriendo la ruptura uterina? Contestó: podría ser. Lo que pasa es que normalmente cuando eso pasa son rupturas uterinas parciales. Es decir, el feto queda contenido todavía en la capa más superficial, no es una ruptura completa. O sea, la placenta no se ha desprendido. Entonces la paciente siente el dolor porque está teniendo una ruptura parcial, pero el feto sigue estando contenido.

Si se mantiene esa situación, ¿en algún momento se puede romper ya sí completamente de manera abrupta? Contestó: sí.

(...) ¿eso pudo haber ocurrido en este caso? Contestó: pudo haber ocurrido. Lo que pasa es que no había forma de, en ese momento, o sea, viéndolo de manera retrospectiva uno puede decir: puede que estuviera pasando. Pero viéndolo en ese momento, como estaban ocurriendo los hechos, no había forma de sospecharlo, porque no hay evidencia en la historia clínica de que la paciente tuviera un dolor típico de ruptura (...)⁵⁷.

56 Ibidem / A partir del minuto 3:39:55.

57 Ibidem / A partir del minuto 5:05:06.

De ahí que la defensa edificada bajo la égida de un monitoreo continuo de la frecuencia cardíaca fetal -que es cierto- no puede ser el bastión unívoco para omitir cualquier tipo de evaluación complementaria, tal como la del dolor. Era necesario auscultarlo en profundidad.

Lo cual no ocurrió. Según notas de enfermería, su aparición empieza a consignarse a partir de las 20:00: *“un poco álgica”*.⁵⁸ Continuando a las 21:00 con el seguimiento de: *“un poco álgica”*⁵⁹. Y así permaneció hasta el seguimiento de las 23:30, pues se registró: *“álgica”*⁶⁰. Luego, a las 00:30 se anotó que estaba *“muy álgica”*⁶¹; y también en la revisión de las 00:59, pues se consignó *“continúa muy álgica y poniéndose de pie y en constante, refiriendo que: “quiere que le hagan cesárea”*⁶².

En el seguimiento al trabajo de parto, o partograma, diligenciado a las 01:13, consta *“paciente muy álgica. Difícil monitoreo”*⁶³. La ginecobstetra Susana Cardenas, al tiempo de la atención brindada a las 01:12, dijo que no había consultado las notas de enfermería que trataban al respecto, y que tampoco le habían informado de la voluntad de Bibiana Patricia de practicarse cesárea:

“(…) Si en la valoración inicial que usted hace, la paciente le indica (...) que ya no es su consentimiento (...) continuar un trabajo de inducción (...) de parto vía vaginal y que desea ya que se le realice cesárea

58 [06.RespuestaDda.ClinicadelPrado22042022.pdf](#) / Página 219.

59 Ibidem.

60 Ibidem / Página 220.

61 Ibidem / Página 221.

62 Ibidem.

63 Ibidem / Página 214.

electiva, ¿a la paciente se le debe realizar entonces la cesárea? Contestó: Si a mí me hubiera dicho... o sea, pero yo no puedo hablar por lo que no me dijo (...), a mí ella nunca me manifestó eso personalmente. Pero sí, en tal caso se puede considerar.

(...) ¿El enfermero (...) o alguno de ese personal le manifestó que la paciente quería realizarse una cesárea? Contestó: no señor; miento o en este momento no tengo conocimiento de eso.

(...) Antes de la valoración de la 01:12 de la mañana, donde ya la paciente indicaba que tenía dolor (...), ¿usted revisó las notas de enfermería anteriores a esa valoración? Contestó: en ese momento, no (...) ⁶⁴.

En ninguna de las referidas anotaciones se dejó constancia de la zona concreta en que se presentaba el dolor, ni la intensidad referida en Escala Visual Analógica (EVA), ni si era particularmente agudo o llano y constante, etc. Era relevante conocer las propiedades de cada dolor, como quiera que, por ejemplo, pudo ser diferente el dolor de las 20:00, quizá más constante y uniforme, y mucho más localizado y agudo a las 00:30. Dicho sea de paso, tales características no constan en parte alguna de la historia clínica, de modo que, o bien nunca se hizo o de ello no se dejó constancia.

Lo cual dirige a recordar que, como es sabido, la obligación de diligenciar completa, legible y en general adecuadamente la historia clínica es un deber autónomo del cuerpo médico, que es independiente al modo en que, en la práctica, brinden la atención. Y que de su incumplimiento se deduce un indicio más o menos grave en contra. Así lo tiene decantado la jurisprudencia de la Sala de Casación Civil, Agraria y Rural de la Corte Suprema de Justicia:

64 [45. 05001310301520220002900-20240411_094514-Grabación de la reunión.mp4](#) / A partir del minuto 2:07:23.

“A partir de la omisión total de la historia clínica, o de la presencia de tachaduras, enmendaduras, borrones, intercalaciones, etc., o del aporte de una incompleta, pueda el juez, atendidas las circunstancias, deducir un indicio más o menos grave en contra de la entidad o el profesional demandado (...) Es una prueba crucial tanto para la exoneración del médico como para derivarle responsabilidad, pues como en ella se recoge todo el itinerario del tratamiento galénico del paciente (...) De allí que una historia clínica irregular, mal confeccionada, inexistente, con abreviaturas, tachones, intercalaciones y demás anomalías, o que sea incomprensible, puede ser un indicio grave de negligencia profesional porque en sí misma, tal irregularidad es constitutiva del incumplimiento de una obligación determinada, que es la de llevarla correctamente (...)”⁶⁵.

Es reprochable, en simultáneo, que la perito Juana Orrego haya calificado de natural un dolor que en la historia clínica estaba sin tipificar. Tal como lo alegó el recurrente, resta mérito a su experticia que de las meras anotaciones de paciente “*un poco álgica*”, “*álgica*” o “*muy álgica*” haya concluido que este dolor era idéntico al de cualquier trabajo de parto y que tantas veces ha presenciado. Arribó a esa conclusión sin datos que la avalaran.

En esa misma línea, es sintomático que ninguna atención se le prestara al dicho de Bibiana Patricia de querer practicarse cesárea. Las ginecobstetras ratificaron que, ante una manifestación de esa envergadura, lo procedente era investigar si en efecto estaban dadas las condiciones para someterse a dicha cirugía⁶⁶, sin embargo, ello nunca les fue informado. Es palpable el error del cuerpo de enfermería, que se guardó esa información para sí, y que se traduce directamente en el error de la demandada.

65 SC5641-2018. M.P. Margarita Cabello Blanco. Reiterada en SC3253-2021. M.P. Álvaro Fernando García Restrepo.

66 No solo por lo dicho por la ginecobstetra Susana Cardenas, que recién se expuso, sino que también lo ratificó la ginecobstetra Carolina Amórtegui: [46. 05001310301520220002900-20240411_133954-Grabación de la reunión.mp4](#) / A partir del minuto 37:44

Es un despropósito argüir que la paciente *no les informó* a las médicas sino al enfermero que quería practicarse cesárea, y que por eso no se evaluó la procedencia de la cirugía, pues es un traslado artificioso del deber que le correspondía. Claro que Bibiana Patricia podía confiar legítimamente en que el cuerpo médico es uno solo, que trabaja articulada y mancomunadamente y que satisfacen el deber de trabajar escalonadamente a partir de la información recopilada con anterioridad: que son científicos de su arte. No que ella debe ser experta en escoger ante quién exponer sus padecimientos y preocupaciones, so pena de que no sean atendidas adecuadamente; máxime porque estaba atravesando un escenario de mucho dolor, el cual precisamente justificó -según su dicho- la solicitud de cesárea que consta en la nota de enfermería.

A pesar del desconocimiento en que se encontraba –por inacción suya y de los enfermeros-, la doctora Susana Cardenas sí se planteó la posibilidad de que estuviese ocurriendo una ruptura uterina dadas las condiciones particulares de la paciente. Fue una imagen diagnóstica que recorrió su mente:

Preliminarmente, explicó que para la atención de la 01:12 la paciente estaba con monitoreo fetal,

“(...) pero en ese momento el trazado (...) no se podía determinar, no se podía leer bien por los movimientos de la paciente (...)”⁶⁷.

67 [45. 05001310301520220002900-20240411_094514-Grabación de la reunión.mp4](#) / A partir del minuto 55:13.

Relacionó la ausencia de lectura de la fetocardia a partir del movimiento de Bibiana Patricia:

“(...) Obviamente en el trazado es que uno ve, y se relaciona con que: ah, no estoy pudiendo ver la frecuencia cardíaca y veo a la mamá moviéndose, obviamente el aparato que se adhiere al abdomen de la paciente en el lugar donde se puede escuchar el corazón del bebé se mueve si la paciente se mueve (...). Y si la paciente tiene mucho dolor pues obviamente no es capaz de quedarse quieta y uno entiende que por esa razón no se puede ver el monitoreo fetal (...)”⁶⁸.

Indicó que el dolor manifestado le pareció distinto al que anteriormente –cuando la revisó a las 20:45- Bibiana Patricia le había manifestado:

“(...) ¿los dolores de de un trabajo de parto son iguales a los dolores de una sospecha de ruptura de útero? Contestó: el dolor es algo muy subjetivo; el umbral del dolor es una situación compleja y creo que es un reto que es muy difícil de clarificar para la ciencia. Entonces lo que para la persona A puede ser un dolor calificado en 5, para la persona B puede ser un dolor calificado en 10, 15, 20. Entonces obviamente uno evalúa al paciente y conoce desde que ingresa al paciente cómo (...) ha sido su comportamiento. Y en la paciente en cuestión ella venía de estar tranquila, (...) tolerando las contracciones, y pasó a un cambio abrupto de su intensidad del dolor.

Obviamente todas esas cosas nos deben alertar y eso fue lo que se hizo. (...) Se vio que hubo un cambio en (...) la intensidad del dolor (...) pero hay pacientes en las que uno sabe que tienen un umbral del dolor muy bajo, entonces por eso uno sabe que a pesar de que la paciente tenga mucho, mucho, mucho dolor, según ella, no a todas voy a pensar que tienen una ruptura uterina.

En este caso, obviamente, porque se vio un cambio en la intensidad del dolor, y por los antecedentes quirúrgicos y por el contexto en el que estábamos, es una de las situaciones o diagnósticos que hay que tener en la cabeza, (...) y por eso se actuó como se actuó (...)”⁶⁹.

Además, lo que sí conocía es que el dolor natural del parto y el de la ruptura uterina podían confundirse:

68 Ibidem.

69 Ibidem / A partir del 58:41.

“(…) ¿Los dolores que dan el trabajo del parto a la sospecha de la ruptura del útero son los mismos dolores? Como en términos de localización del dolor, de sintomatología, no sé. Contestó: o sea, obvio el dolor es en el área pélvica, no se va a ir a irradiar a ninguna parte. Es un dolor extremadamente fuerte en el área pélvica, pero el dolor que me estaba refiriendo la paciente sí era un dolor muy fuerte (...) pero que no yo no podía decir en ese momento 100% se le rompió el útero (...) porque era un dolor muy fuerte, sí, igual al que puede sentir otra paciente con un umbral del dolor similar en trabajo de parto, con contracciones muy fuertes.

En conclusión, ¿podrían confundirse ambos dolores? Contestó: se podría decir.

¿La literatura médica hace alguna distinción de este tipo de dolores o no? Contestó: es muy difícil en este momento solo por el dolor decir que la literatura dice que el dolor es de tal forma o de tal otra...no, porque es un contexto para cada persona, para cada paciente y en este contexto en el que estamos era una paciente con dolor muy intenso, que tenía contracciones muy fuertes, tenía una dilatación avanzada (...), por lo cual sumado a todos los antecedentes, podría estar en la baraja de diagnósticos, el de la ruptura uterina, sí, por eso se actuó como se actuó (...)⁷⁰.

Aunque, en realidad, esa actuación solo buscó la disminución del dolor y nunca profundizó en conocer su causa ni prevenir la gravedad de sus implicaciones. No se exige que de inmediato se hubiese practicado la cesárea emergente para tratar la ruptura uterina, sino que indagara efectivamente acerca la evolución del dolor para avanzar en el diagnóstico del padecimiento finalmente acaecido; es el nivel de exigencia meridiano propio del acto médico, máxime porque la misma doctora que ordenó la analgesia epidural insertó en la *baraja* de diagnósticos a la ruptura uterina, y sin mayores miramientos, siendo confusos los signos de dolor, decidió descartarla.

Finalmente, aseveró:

70 Ibidem / A partir del minuto 1:05:53.

“(…) En ese momento en que la paciente le manifestó ese dolor fuerte (...), ¿era posible, era viable, sospechar que (...) se podría estar en presencia de una ruptura del útero? Contestó: O sea, es que son muchas las cosas que uno puede estar sospechando en un momento de estos (...). Una de ellas, no le voy a decir que no, puede ser esa (...)”⁷¹.

Lo que decidió, aún sin los elementos de juicio objetivos para descartarla, fue disminuir el dolor a través de epidural, y dejar a la suerte la materialización de la ruptura uterina que, se insiste, es de alta mortalidad para la madre y su hijo. En oportunidad anterior, la Corporación se pronunció sobre la manifestación de negligencia que significa decidirse, sin más, por el tratamiento del riesgo menor cuando estaba en juego la materialización del riesgo mayor, y ante unos elementos de juicio que no justificaban aún decantarse por una u otra posibilidad de diagnosis:

“(…) Roberto Juan Steer Rosado actuó de modo imprudente y negligente al diagnosticar conjuntivitis. Tenía pleno conocimiento del antecedente de glaucoma y que el mismo elevaba el riesgo de padecer endoftalmitis; sabía que la conjuntivitis y la enfermedad diagnosticada con posterioridad compartían síntomas; era consciente de que ambos padecimientos pueden tener origen infeccioso, y que la endoftalmitis tiene una probabilidad de gravedad mayor, tanto como la ceguera; también conocía que la prontitud con la que se trate la endoftalmitis influye considerablemente en el éxito del tratamiento; no le eran ajenas las instituciones que sí contaban con urgencias oftalmológicas, y que con toda lógica debían tener tonómetro.

No obstante, se decantó hacia el diagnóstico de conjuntivitis, de manera prematura, sin ningún elemento de juicio que le brindara certeza sobre su decisión, incluso, exponiendo al paciente a la pérdida de la visión, como terminó ocurriendo. Es decir, se podía estar en presencia de cualquiera de las dos patologías, y no se avizora justificación alguna para decantarse por una u otra, mucho menos para descartarlas, máxime si aquella dejada de lado era la que podía generar la mayor afectación (...)

(…) Así, su negligencia proviene de conocer que se le han presentado unos síntomas que son comunes en diferentes enfermedades oculares, que no contaba con las herramientas para tomar la presión intraocular y descartar antecedentes por glaucoma, pero que conocía que en la

71 Ibidem / A partir del minuto 57:33.

mayoría de centros médicos con urgencias oftalmológicas sí contaban con ellas, y que guardó aquel conocimiento para sí, no se lo comunicó al paciente, y con certeza infundada diagnosticó conjuntivitis y manejo ambulatorio. La conducta exigida era remitir a José Hedir de inmediato con el especialista de la visión y, como se sabe, no lo hizo, pues si bien con los síntomas descubiertos también era posible sugerir un diagnóstico clínico de conjuntivitis, no obstante, la preexistencia de glaucoma imponía sospechar una enfermedad ocular mayor, máxime cuando había supuración virulenta.

Lo anterior evidencia, a su vez, un actuar imprudente al haber protegido el riesgo menor. Dicho de otro modo, la elección no se hizo porque el diagnóstico escogido cobijara el descartado, de manera que el tratamiento de la conjuntivitis conllevara, intrínsecamente, al manejo de la endoftalmitis. No, se descartó la enfermedad que tenía más posibilidades de evolucionar con gravedad, dejando a la suerte la materialización del riesgo mayor (...)"⁷².

En el *sub judice* se erró por tomar la variación en la fetocardia como signo inequívoco y exclusivo del posible acaecimiento de la ruptura uterina, a partir de lo cual se dejó de prestar atención al seguimiento de otros signos de alarma concomitantes, como el aumento inusitado del dolor en la gestante. Al tiempo, debido al criterio generalizador del que padeció el cuerpo médico y que ya se explicó, se encasilló ese dolor como condición natural del parto y se trató mediante analgesia, con la aplicación de epidural, cuando en verdad la médica que la ordenó conocía que para aquel momento existía la posibilidad de que paulatinamente se estuviese materializando un riesgo mayor, la ruptura uterina, y nada se hizo al respecto. Actuar negligente e imprudente que apuntala la mala praxis médica, de carácter culposo.

De ahí que el motivo de inconformidad ha de resultar airoso.

72 Sentencia Nro. 059 del 02 de diciembre de 2024. Radicado 05088310300220140087202.

3.4. De los reparos relativos al incumplimiento del deber de información por parte del cuerpo médico.

En síntesis, el reproche se fundó en que el aumento del riesgo de ruptura uterina -en el doble o incluso más- a raíz del uso de oxitocina en paciente precesareada, no le fue adecuadamente informado a Bibiana Patricia. Y que no lo fue debido a *la deficiencia en la explicación y el contenido del mismo y a la falta de idoneidad de la médica general que realizó este acto médico*. En verdad, desde la imputación fáctica de la demanda, contrario a lo argüido por los no recurrentes, uno de los reproches en el *aseguramiento y prestación del servicio de salud* fue el *asesoramiento frente a los riesgos y falencias en el consentimiento informado*; que en sentir de los demandantes fue desestimado incorrectamente por el juzgador de primera instancia de acuerdo con la prueba legal y oportunamente recaudada, de ahí que siempre constituyó la *causa petendi*.

De golpe, está decantado que el médico compromete su responsabilidad cuando no surte adecuadamente el deber de información sobre los riesgos inherentes al acto médico, y luego en efecto tales se producen. Es una falla paralela al de la inadecuada diagnosis, tratamiento o fase posterior del procedimiento médico en sí mismo. Por eso, aunque se verificó diáfananamente la culpa galénica a lo largo del acápite anterior, si en gracia de discusión se la tuviera por inexistente, el incumplimiento al deber de información es un motivo autónomo y suficiente para la constitución del débito indemnizatorio (claro está, si se reúnen los demás presupuestos axiológicos).

En la relación médico-paciente el deber de información aspira a un objetivo más específico que en cualquier relación contractual irrigada por los deberes secundarios de conducta. En el caso médico,

“(...) lo que se persigue con la ejecución del débito informativo, es que el médico, sabedor del desconocimiento técnico-científico por parte de su paciente (...), le suministre oportuna y fidedigna información que, objetivamente, le permita identificar o elucidar una serie de aspectos para él cruciales y decisivos y, de paso, así sea de alguna manera, paliar la desigualdad existente, en lo que a ilustración técnica y científica concierne, todo con fundamento en el acrisolado principio de la buena fe.

Al fin y al cabo, como lo tiene establecido la doctrina, el destinatario - natural- de este débito es el titular, lato sensu, del cuerpo sobre el cual se realizará el acto médico, con todo lo que ello entraña⁷³, hecho que justifica, ampliamente, la pervivencia de este granado derecho en cabeza suya (...)⁷⁴.

“(...) La exigencia de que la información sea comprensible se deriva del deber de lealtad impuesto por la buena fe. Por lo mismo, no es necesario que sea por completo precisa desde el punto de vista técnico; (...) podrá resultar ininteligible y puede ser tenida como por inadecuada. La información es suficiente cuando da cuenta de la condición del paciente, de los riesgos del tratamiento o intervención y de los riesgos de un eventual método alternativo de tratamiento o de no emprender tratamiento alguno (...)⁷⁵.

No hay duda de que la obtención del consentimiento informado constituye un derecho fundamental de la paciente, construido sobre el respeto a los derechos a la vida, a la integridad física y a la libertad personal, esto es, a decidir por sí mismo lo relacionado sobre su vida y sobre su propio cuerpo, razón por la cual, tal

73 Cita del texto. “El deber de información del médico”, lo reseña el Dr. Fernández Hierro, “se fundamenta en el derecho a la disposición del enfermo sobre el propio cuerpo en el cual se va a efectuar el tratamiento médico”. *Sistema de responsabilidad médica, op. cit., pág. 167.*

74 Jaramillo Jaramillo, Carlos Ignacio (2011) “Responsabilidad civil médica: la relación médico-paciente” segunda edición, Colección ensayos; número 8, Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Jurídicas. Páginas 261 y 262

75 Barros Bourie, Enrique. (2009), Tratado de responsabilidad extracontractual. Editorial Jurídica de Chile, Santiago. Página 236.

como lo ha sostenido la Sala de Casación Civil, Agraria y Rural de la Corte Suprema de Justicia:

“La libertad y la dignidad de la persona, como valores fundantes, exigen que la asunción del riesgo (...) sea consentida, de forma suficientemente informada. Por consiguiente, salvo casos realmente excepcionales (v.gr. la atención de urgencias vitales), el médico tratante deberá exponer, de manera oportuna, objetiva, completa, clara, razonable, equilibrada, precisa y leal, la opción terapéutica elegida, las alternativas posibles, los beneficios buscados y los riesgos que, previsiblemente, pudiera comportar para el paciente ese tratamiento, de modo que, sobre esa base, este último pueda expresar su voluntad al respecto”⁷⁶.

Con relación a ese deber, la Corte Constitucional tiene dicho que:

“(...) el consentimiento informado es “un mandato que ordena que algo sea realizado en la mayor medida posible dentro de las posibilidades jurídicas y fácticas existentes”, garantizando y verificando su comprensión (...)”⁷⁷.

Es decir, su estructuración es de mandato de optimización, en tanto, y en palabras del profesor Robert Alexy, *ordenan que algo sea realizado en la mayor medida posible*⁷⁸. A raíz de lo cual se deriva la importancia de que todos los agentes mantengan protegidos los derechos de altura constitucional que se materializan por medio del consentimiento informado, para que su satisfacción se dé tanto como las condiciones fácticas y jurídicas lo permitan. Orden que, por supuesto, estaba dirigida a la médica Marcela Benítez cuando se dispuso a garantizar tanto como fuera posible, la protección de los derechos fundamentales en comento.

76 SC-3604 de 2021. M.P. Luis Alonso Rico Puerta.

77 T-031 de 2026. M.P. Juan Carlos Cortés González.

78 Alexy, Robert. (2004), El concepto y la validez del derecho. Editorial Gedisa S.A., Barcelona. Página 162.

La obligación que viene tratándose ha sido soportada en el artículo 15 de la Ley 23 de 1981 (Ética Médica), que exige al profesional de la salud no exponer al paciente a “*riesgos injustificados*” y a solicitar autorización expresa “*para aplicar los tratamientos médicos, y quirúrgicos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible*”, previa explicación de las consecuencias que se deriven de los mismos; preceptiva que se complementa con los artículos 2.7.2.2.1.1.9 al 2.7.2.2.1.1.13 del decreto 780 de 2016, norma que reprodujo los artículos 9 al 13 del antiguo decreto 3380 de 1981, y que imponen el deber de enterar tanto al paciente como a su familia de los efectos adversos, al tiempo que consagra las excepciones para omitirlo y la exigencia de dejar expresa constancia de su agotamiento o la imposibilidad de llevarlo a cabo.

Si bien es cierto que no existe en la ley el señalamiento de unos requisitos de forma y contenido de lo que debe ser el consentimiento informado, como tampoco que esté sometido a solemnidad alguna, también lo es que debe efectuarse -según lo ya explicado y las disposiciones señaladas por la jurisprudencia⁷⁹- de acuerdo al tipo de asentimiento que se requiere del paciente, el cual está directamente relacionado con el servicio o atención al que vaya a ser sometido, por lo que se ha distinguido entre el cualificado y el no cualificado, pues a mayor carácter invasivo, riesgoso o experimental del procedimiento, el paciente debe disponer de un mayor nivel de información sobre los riesgos que asume.

⁷⁹ Sentencia T-850 de 2002 M.P. Rodrigo Escobar Gil

Sabido que Bibiana Patricia debía escoger si ser sometida o no a un procedimiento de inducción de parto con dilatación mecánica, con las características invasivas del acto en sí mismo por la introducción de una sonda en el canal vaginal, y que durante su ejecución el riesgo de que ocurriese la ruptura uterina –altamente mortal para ella y su bebé- podía aumentar en más del doble, el deber de información debía agotarse de manera cualificada. Y en ese escenario, de acuerdo con la Corte Constitucional,

“(...) no cualquier autorización del paciente es suficiente para legitimarlo”. La voluntad de someterse a él debe verificarse (i) libre y desprovista de cualquier interferencia o fuerza externa a la persona; (ii) informada o derivada de los datos relevantes, necesarios y suficientes sobre el procedimiento y sus implicaciones (beneficios y riesgos), suministrados por el personal médico en forma “clara, objetiva, idónea”, oportuna, completa, accesible y fidedigna; y, además, (iii) cualificada, o producto de un esfuerzo considerable por asegurar el entendimiento de la persona interesada, con fundamento en su capacidad específica para identificar la complejidad del procedimiento y de sus implicaciones (...)”⁸⁰.

Es natural que dado el volumen propio de la prestación del servicio médico se hayan predispuesto formatos que intenten informar genéricamente los riesgos del procedimiento tantas veces realizado en aquel centro de salud. Sin embargo, ello en modo alguno exime la atención del caso particular con miras a complementar la información si ello es necesario, cuando del paciente emerjan riesgos propios, máxime si tales significan la duplicación del riesgo inherente. Así mismo se decidió en un caso anterior estudiado por la Sala en el que se incumplió el deber de información cualificado que debía surtir para la cirugía estética

80 T-031 de 2026. M.P. Juan Carlos Cortés González.

de abdominoplastia en una paciente fumadora, cuya motivación es precedente vinculante⁸¹:

“(…) Es que sostener que su mero diligenciamiento es sinónimo de acogimiento estricto al deber de información, supondría, erradamente, la uniformidad total de la ciencia médica y de la condición humana sometida a su estudio, se desconocerían las disímiles condiciones de vida, de salubridad y autocuidado de todos los pacientes, sus antecedentes clínicos o familiares y, en últimas, la separación de la relación subjetiva médico-paciente. Como se verá, si el deber de información se prueba mayor, la defensa cimentada en la llana firma será insuficiente.

“(…) En todo caso, la valoración individual, especialmente de las condiciones específicas del paciente, resultará fundamental y, por tanto indispensable, habida cuenta que la experiencia y la estadística, por confiables que sean, son sólo un recurso prospectivo que, responsablemente, no exime al galeno de confrontarlo con su situación particular -la del paciente-, la que de suyo bien puede variar, en un sentido o en otro. De allí que el solo diligenciamiento -escueto y frío- del formulario que, de ordinario, se exigen en los centros hospitalarios con carácter previo a la realización de un determinado procedimiento, por ejemplo, quirúrgico, no siempre sea suficiente, dado que no es posible partir del supuesto -de suyo errado- de que los pacientes son iguales. Uniformarlos a todos, con sujeción a un mismo formato, puede ser contraproducente, por atentatorio del factor: individualidad (arquitectura propia, físico psíquica), de tanta significación en el campo de la medicina.

Así las cosas, tales formularios puede ser útiles, como de hecho lo son, pero el médico no puede limitarse únicamente a que sean diligenciados. Su deber informativo, en precisos casos, va más allá de cerciorarse de si la firma por parte del enfermo o de sus familiares fue estampada. No se trata, ciertamente, de informar a autómatas -o a clones-, sino a seres humanos, como tales diferentes y, lo más importante, con características patológicas, orgánicas y culturales distintas: sexo, edad, antecedentes genéticos y clínicos, preexistencias, estado físico y anímico, grado de instrucción, etc (...)”⁸².

En este caso, el deber de información se surtió insuficientemente, mediante preformatos y referencias ligeras que no daban cuenta

81 Sentencia Nro. 053 del 06 de noviembre de 2025. Radicado 05001310302020210047601.

82 Cita del texto: Jaramillo Jaramillo, Carlos Ignacio (2011) “Responsabilidad civil médica: la relación médico-paciente” segunda edición, Colección ensayos; número 8, Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Jurídicas. Páginas 272 y 273

de aquello que la *lex artis* tiene decantado en la condición particular. Se agotó, tan solo, del siguiente modo:

Diligenciados ambos a las 12:27 del 17 de septiembre del año de la atención, se suscribió el consentimiento informado de *práctica de intervenciones quirúrgicas y/o procedimientos especiales*⁸³:

83 [36 ConsetimientoInformado.pdf](#) / Páginas 5 a 7.



Apellidos:	YEPES ALZATE				
Nombres:	BIBIANA PATRICIA				
Número de Id:	CC - 1017134368				
Número-Ingreso:	3522743 - 3				
Sexo:	FEMENINO	Edad Ing:	33 Años	Edad Act:	33 Años
Ubicación:	URGENCIAS			Cama:	
Servicio:	URGENCIAS				
Responsable:	EPS SURA				
Segundo Identificador:	MARGARITA ALZATE				

Fecha:	DD	MM	AAAA	Hora:	12:27
	17	9	2019		

PRÁCTICA DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y/O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES

CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. ¿QUÉ SE VA A HACER?

La intervención que usted autoriza se denomina Dilatación mecánica (cervical)
Consiste en:

2. OBJETIVOS CLAROS

El objetivo de esta cirugía es tratar el órgano que produce enfermedad en la paciente, por problemas propios de éste o por ser la manifestación de enfermedades en otros sistemas.

3. BENEFICIOS ESPERADOS

Con esta cirugía se busca mejorar la calidad de vida de la paciente y evitar la progresión de algunas patologías que pueden desencadenar enfermedad o mayores complicaciones a largo plazo. Los beneficios van a depender de la causa por la que se le está indicando esta cirugía, que en su caso particular es:

4. RIESGOS MAS FRECUENTES Y MAS GRAVES

Por tratarse de una intervención médica no está exenta de riesgos, derivados de:

- La intervención quirúrgica. Estas pueden presentarse dentro de la cirugía o en los días siguientes a su realización.
- Intraoperatorias: Hemorragias, lesiones de órganos vecinos principalmente vejiga o intestino, lesión de estructuras nerviosas o vasculares.
- Postoperatorias: Hematomas superficiales cerca a la cicatriz o intra abdominales en la pelvis, infecciones de la herida o de la pelvis en general; adherencias posquirúrgicas que originen dolor pélvico; hernias (abertura de la pared abdominal a través de la herida), mala cicatrización, necesidad de algunos dispositivos como sondas o drenes, reintervenciones, fistulas (conexión o conducto anormal entre órganos). Podría requerir transfusiones, ingreso a la unidad de cuidados especiales o intensivos e inclusive la muerte.
- El proceso de la anestesia. Los cuáles serán explicados por el anestesiólogo antes del procedimiento.
- Algunas enfermedades de la paciente aumentan el riesgo, como hipertensión, diabetes, enfermedades pulmonares, problemas de coagulación, enfermedad cardíaca, obesidad o desnutrición, tabaquismo, inmunodeficiencias, enfermedades del colágeno, entre otras.

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera alguna complicación imprevista, el equipo médico podrá realizar tratamientos, medidas adicionales o variar la técnica quirúrgica prevista de antemano en procura de salvar la vida de la paciente.

5. ALTERNATIVAS DISPONIBLES

Las alternativas disponibles dependen de la indicación por la que se le está realizando este procedimiento, que su caso particular es

Sin embargo, tenga en cuenta que este procedimiento puede constituir la mejor opción para resolver su patología y en algunas ocasiones la única.

6. RIESGOS DE NO TRATARSE O NO ACEPTAR EL PROCEDIMIENTO

La progresión de la enfermedad o la persistencia de los síntomas por los que se le está realizando este procedimiento es el mayor riesgo de no



Apellidos:	YEPES ALZATE				
Nombres:	BIBIANA PATRICIA				
Número de Id:	CC - 1017134368				
Número-Ingreso:	3522743 - 3				
Sexo:	FEMENINO	Edad Ing:	33 Años	Edad Act:	33 Años
Ubicación:	URGENCIAS			Cama:	
Servicio:	URGENCIAS				
Responsable:	EPS SURA				
Segundo Identificador:	MARGARITA ALZATE				

Fecha:	DD	MM	AAAA	Hora:	12:27
	17	9	2019		

PRÁCTICA DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y/O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES

aceptarlo. Según lo explicado por su médico tratante como alternativas, usted deberá decidir si acepta o no el procedimiento basado en los riesgos, los beneficios y las alternativas expuestas anteriormente.

CONSENTIMIENTO

Manifiesto que el presente documento lo entiendo, comprendo y acepto en su integridad y que las dudas e interrogantes que he formulado me han sido resueltos mediante explicaciones claras sobre los asuntos enunciados por lo tanto AUTORIZO lo indicado durante el proceso de atención integral dentro de la Clínica del Prado. Para constancia Firmo:

Bibiana Patricia Yepes Alzate.

Nombres y apellidos completos del paciente o representante legal

(El nombre del representante legal sólo se acepta en caso de practicar exámenes o procedimientos a menores de edad o personas en situación de discapacidad)

Bibiana Yepes.

Firma del paciente o representante legal

(La firma del representante legal sólo se acepta en caso de practicar exámenes o procedimientos a menores de edad o personas en situación de discapacidad)

X Tipo de documento de Identidad: CC N°: 1017134368 de: Medellin.

DISENTIMIENTO (Diligenciar únicamente si el paciente decide No autorizar)

FECHA: Día _____ Mes _____ Año _____

Manifiesto que el presente documento lo entiendo y comprendo pero no acepto el proceso de atención integral dentro de la Clínica del Prado a pesar de que se me han resueltos las dudas e interrogantes que he formulado mediante explicaciones claras sobre los asuntos enunciados y por tanto asumo los riesgos de no realizar el procedimiento. (Escribir con puño y letra "No Autorizo" junto a la firma)

Nombres y apellidos completos del paciente o representante

(El nombre del representante legal sólo se acepta en caso de practicar exámenes o procedimientos a menores de edad o personas en situación de discapacidad)

Firma del paciente o representante legal

(La firma del representante legal sólo se acepta en caso de practicar exámenes o procedimientos a menores de edad o personas en situación de discapacidad)

Tipo de documento de Identidad: _____ N°: _____ de: _____



Apellidos:	YEPES ALZATE				
Nombres:	BIBIANA PATRICIA				
Número de Id:	CC - 1017134368				
Número-Ingreso:	3522743 - 3				
Sexo:	FEMENINO	Edad Ing:	33 Años	Edad Act:	33 Años
Ubicación:	URGENCIAS			Cama:	
Servicio:	URGENCIAS				
Responsable:	EPS SURA				
Segundo Identificador:	MARGARITA ALZATE				

Fecha:	DD	MM	AAAA	Hora:	12:27
	17	9	2019		

PRÁCTICA DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y/O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES

REVOCABILIDAD (Diligenciar únicamente si el paciente decide cambiar su decisión inicial)

FECHA: Día _____ Mes _____ Año _____

Nombres y apellidos completos del paciente o representante legal

(El nombre del representante legal sólo se acepta en caso de practicar exámenes o procedimientos a menores de edad o personas en situación de discapacidad)

Firma del paciente o representante legal

(La firma del representante legal sólo se acepta en caso de practicar exámenes o procedimientos a menores de edad o personas en situación de discapacidad)

Tipo de Documento de Identidad: _____ N°: _____ de: _____

DATOS DEL PROFESIONAL QUE BRINDÓ LA INFORMACIÓN

Marcela Benitez Marcela B 1128421644
Nombre del profesional que brindó la información Firma del profesional N° Documento de Identidad

Marcela Benitez

Firmado por: MARCELA BENITEZ CASTAÑO, MEDICINA GENERAL, Reg: 55345-13

Y luego se suscribió el consentimiento de *atención del trabajo de parto y parto*⁸⁴:

84 Ibidem / Páginas 9 a 12.



Apellidos:	YEPES ALZATE				
Nombres:	BIBIANA PATRICIA				
Número de Id:	CC - 1017134368				
Número-Ingreso:	3522743 - 3				
Sexo:	FEMENINO	Edad Ing:	33 Años	Edad Act:	33 Años
Ubicación:	URGENCIAS			Cama:	
Servicio:	URGENCIAS				
Responsable:	EPS SURA				
Segundo Identificador:	MARGARITA ALZATE				

Fecha:	DD	MM	AAAA
	17	9	2019

Hora:	12:27
-------	-------

ATENCION DEL TRABAJO DE PARTO Y PARTO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Dentro de las normas éticas exigidas al profesional médico en Colombia por la Ley 23 de 1981, se encuentra el deber de informar adecuada y oportunamente a todos sus pacientes los riesgos que pueden derivarse del tratamiento que les será practicado, solicitando su consentimiento anticipadamente (Artículos. 15 y 16). Por tanto, con el presente documento escrito se pretende informar a usted y a su familia acerca del procedimiento que se le practicará, por lo que solicitamos llene de su puño y letra los espacios en blanco.

DECLARAN

1. Que el trabajo de parto consiste en una serie de mecanismos activos y pasivos que tienen como finalidad modificar el cuello del útero y permitir la expulsión fetal y placentaria por vía vaginal.
 2. Que existen tres etapas en dicho trabajo de parto que son: la dilatación y el borramiento del cuello del útero, el descenso y la expulsión del feto, y el alumbramiento de la placenta.
 3. Existen una serie de procedimientos dentro de la asistencia al parto, habitualmente utilizados, como rotura de la bolsa amniótica, administración intravenosa de oxitocina mediante goteo, administración de analgésicos y espasmolíticos, así como la práctica de una incisión en el periné o episiotomía a fin de ampliar el canal del parto. Todos estos procedimientos, aún siendo seguros y habituales pueden tener sus efectos secundarios y complicaciones. También cabe la posibilidad de que durante el parto haya que realizar modificaciones del procedimiento por la evolución del parto para proporcionar un tratamiento más adecuado.
 4. Que las principales complicaciones materno-fetales que pueden aparecer y comprometer mi estado de salud o el de mi bebé, en algunos casos con riesgo potencial de muerte, son:
 - Trabajo de parto estacionario y/o falta de dilatación y progreso
 - Alteración de la contractilidad uterina
 - Desgarros cervicales/perineales
 - Atonía uterina posparto
 - Inversión uterina posparto
 - Embolia de líquido amniótico (líquido amniótico en los pulmones de la madre).
 - Estado fetal no satisfactorio Implica un feto en riesgo relacionado con disminución del aporte de oxígeno a nivel cerebral (encefalopatía hipóxica). En la actualidad no disponemos de métodos que nos permitan detectar fiel y precozmente dicho estado, sin embargo, en muy raras ocasiones éste causa secuelas neurológicas permanentes (parálisis cerebral) y lo común es la supervivencia fetal sin secuelas. De presentarse secuelas neurológicas, éstas se relacionan principalmente con lesiones neurológicas intrauterinas previas.
- Otras alteraciones de poca frecuencia que se pueden presentar son las siguientes:
- Síndrome de aspiración meconial
 - Desprendimientos placentarios
 - Prolapso de cordón.
 - Acretismos placentarios (invasión anormal de la placenta en la pared del útero).
 - Nudos verdaderos de cordón
 - Ruptura uterina



Apellidos:	YEPES ALZATE				
Nombres:	BIBIANA PATRICIA				
Número de Id:	CC - 1017134368				
Número-Ingreso:	3522743 - 3				
Sexo:	FEMENINO	Edad Ing:	33 Años	Edad Act:	33 Años
Ubicación:	URGENCIAS		Cama:		
Servicio:	URGENCIAS				
Responsable:	EPS SURA				
Segundo Identificador:	MARGARITA ALZATE				

Fecha:	DD	MM	AAAA	Hora:	12:27
	17	9	2019		

ATENCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO Y PARTO

- Distocia de hombros (interposición de los hombros durante la expulsión fetal).
- 5. Habitualmente, durante el expulsivo se requiere la práctica de la episiotomía que posterior al parto deberá ser suturada y que sus posibles complicaciones pueden ser: desgarros perineales, que en casos extremos pueden incluir el esfínter externo del ano y recto, dolor, formación de hematomas, infecciones de la herida, dehiscencia de la sutura y, a largo plazo, fistulas rectovaginales.
- 6. Potencialmente un parto vaginal puede ser instrumentado, es decir, aplicando fórceps, espátulas o ventosas especialmente diseñadas para ayudar en aquellos casos que se requiere extracción fetal rápida durante el expulsivo. Sin embargo, se me ha explicado que los riesgos del empleo de estos instrumentos son principalmente los traumas de la región ósea de la cabeza fetal y los desgarros perineales en la madre.
- 7. Las decisiones médicas y/o quirúrgicas a tomar durante el transcurso del parto quedan a juicio del obstetra, tanto por lo que respecta a su indicación como al tipo de procedimiento utilizado, si bien yo o mi representante legal, seremos informados de los mismos, siempre y cuando la urgencia de las circunstancias lo permitan. En función de las complicaciones que pudieran aparecer, el tipo de anestesia requerida será la indicada por el anestesiólogo.
- 8. Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados. También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.
- 9. Que si bien existen grupos de riesgos en donde es más frecuente que se presenten dichas complicaciones, eso no excluye el que puedan aparecer en mujeres sanas sin ningún riesgo obstétrico identificable. Por tanto, se me ha explicado que determinadas situaciones propias o no del embarazo son consideradas de alto riesgo obstétrico y perinatal tales como:
 - Mayores de 38 y menores de 15 años
 - Primíparas y grandes multiparas
 - Obesidad y desnutrición
 - Fumadoras y fármaco-dependientes
 - Embarazos no deseados
 - Embarazos con pocos o ningún control prenatal
 - Cesáreas anteriores u otra cirugía uterina principalmente con placenta previa (riesgo de acretismo)
 - Embarazos múltiples
 - Fetos macrosómicos (peso mayor de 4.000 gramos)
 - Fetos con bajo peso o restricción del crecimiento intrauterino
 - Fetos con malformaciones congénitas/cromosómicas (en ocasiones pueden no ser evidenciables)
 - Presentaciones o situaciones fetales anómalas: podálica, cara, frente, bregma, transversa, oblicua
 - Trastornos hipertensivos en el embarazo: hipertensión crónica o preeclampsia
 - Diabetes antes o durante el embarazo
 - Amenaza o trabajos de partos prematuros (menores de 38 semanas)
 - Oligohidramnios (disminución de líquido amniótico)
 - Polihidramnios (aumento de líquido amniótico)



Apellidos:	YEPES ALZATE				
Nombres:	BIBIANA PATRICIA				
Número de Id:	CC - 1017134368				
Número-Ingreso:	3522743 - 3				
Sexo:	FEMENINO	Edad Ing:	33 Años	Edad Act:	33 Años
Ubicación:	URGENCIAS			Cama:	
Servicio:	URGENCIAS				
Responsable:	EPS SURA				
Segundo Identificador:	MARGARITA ALZATE				

Fecha:	DD	MM	AAAA	Hora:	12:27
	17	9	2019		

ATENCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO Y PARTO

- Ruptura prematura de membranas
 - Embarazo en pacientes con Abortos previos, antecedentes de esterilidad, anomalías congénitas de genitales, miomas uterinos, masas anexiales. Enfermedades cardíacas, renales, hematológicas, neurológicas, hepáticas, metabólicas, inmunológicas, infecciosas, osteoarticulares o mentales.
10. Por lo tanto, en mi caso concreto por ser o presentar: entiendo que tengo un mayor riesgo de presentar dichas complicaciones.
11. La aparición de alguna de estas complicaciones puede conllevar la realización de una cesárea de urgencia y en algunos casos (hemorragias incontrolables) cesárea más histerectomía total o subtotal en procura de salvar mi vida o la de mi hijo. Si esto llegara a ocurrir, entiendo que se requiere anestesia y asumiré los riesgos inherentes a ella y a los derivados del propio acto quirúrgico o de la situación vital de cada paciente.

CONSENTIMIENTO

X Yo Bibiana Yepes Alzate doy mi consentimiento para que me sea realizada ATENCIÓN DE TRABAJO DE PARTO Y PARTO. me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, y declaro estar debidamente informado/a, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas.

He tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Dr. Marcela Benitez Con C.C. # 112842464
Registro médico 55345-13

Asimismo, he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

En Medellín, Colombia el día 17 mes 9 año 19

X FIRMA DEL PACIENTE: Bibiana Yepes Alzate CC 1017134368

FIRMA DEL ACUDIENTE (SI APLICA): _____

FIRMA DEL TESTIGO: _____

FIRMA DEL MEDICO Marcela Benitez REGISTRO 55345-13

Marcela Benitez

Firmado por: MARCELA BENITEZ CASTAÑO, MEDICINA GENERAL, Reg: 55345-13

Son múltiples las deficiencias de los preformatos: no consta explicación sobre el concepto de *dilatación mecánica (cervical)*. Los objetivos y beneficios esperados con el procedimiento fueron sumamente genéricos, relativos a la obtención de la sanidad de la paciente. No se diligenció cuál era la (o las) alternativa disponible para su caso particular, y de un modo gaseoso se consignó que *este procedimiento puede constituir la mejor opción para resolver su patología y en algunas ocasiones la única*.

La comunicación del riesgo particular brilla por su ausencia, como quiera que la ruptura uterina simplemente se enumeró como una de las 14 *principales complicaciones materno-fetales*, ¿todas se informaron pormenorizadamente con el mismo nivel de relevancia? ¿se priorizó la explicación de aquellas con mayor probabilidad de ocurrencia? Son, entre otros, los cuestionamientos de imposible resolución si se consultase únicamente el texto del consentimiento informado. Por ello será vital evaluar si de algún otro modo se surtió el débito informativo, por ejemplo, verbal o gráficamente; en concreto, dice el documento que esa es una de las *alteraciones de poca frecuencia que se pueden presentar*.

Y dentro de las 19 *situaciones propias o no del embarazo son consideradas de alto riesgo obstétrico y perinatal* estuvieron reseñadas: *obesidad, fumadoras, cesáreas anteriores*, y otras tantas que también fueron enumeradas como condiciones agravantes, sin clarificación alguna del porqué. De modo que en el numeral siguiente, cuando se trataba de exponer cuáles de las condiciones de alto riesgo eran aquellas propias de la paciente y el modo conciso en que tales podían repercutir negativamente en su salud o la de su bebé, se dejó el espacio en blanco.

Además, lo que en verdad es esencial, es que faltó relacionar tres conceptos necesarios sin los cuales era imposible para la paciente comprender el verdadero riesgo al que se sometería: cesárea previa, uso de oxitocina y ruptura uterina. La existencia del riesgo aumentado se explica solo a través de su ilación: de por sí, (i) el parto vaginal lleva intrínseco el riesgo de ruptura uterina;

(ii) cuando se opta por la vía natural de parto y existe una cesárea previa, el riesgo se sitúa alrededor del 0.5%; (iii) cuando se realiza el mismo tipo de parto en mujer precesareada y además se aplica oxitocina entonces el riesgo se sitúa, aproximadamente, entre el 1% o 2% o inclusive un porcentaje mayor.

Como ampliamente se reseñó, este caso corresponde al tercer escenario, y esa información no se ve reflejada en acápite alguno del formato. Y es que para el médico no se trata de enumerar, sin más, los posibles riesgos inherentes. Se trata de aprehender los intrínquilis del paciente, tanto de antecedentes médicos, como personales, sociales, de salubridad, etc., y solo luego de ello exponerle las variaciones derivadas de la aplicación del procedimiento en su persona. Todos los riesgos inherentes enumerados fungen como escalas de cierto nivel preexistente, que atravesadas por la casuística particular, aumentan o disminuyen de nivel: esos son los matices que solo pueden determinar los expertos médicos, quienes deben trasladar esa información, asertivamente, al sujeto cuyo derecho fundamental está en juego.

Como quedó demostrado, en este contexto se subraya que para el tiempo de la atención todos los consentimientos informados de la Clínica del Prado eran uniformes e inmutables sin importar el tipo de paciente. Así lo declaró la médica general Marcela Benítez y la ginecobstetra Isabel Cristina Gómez (consúltense las páginas 22 y 23 *ut supra*).

En simultáneo, llama la atención la existencia unas equis (X) al costado de cada uno de los espacios donde debería ir la firma de

Bibiana Patricia. Se edifica una regla de la experiencia constituida por el hecho indicador de que, si un documento tipo preformato está suscrito y contiene unas equis que señalan el espacio en que debió ir la firma, entonces, el hecho indicado es que el contenido del documento fue observado ligeramente y con celeridad, pues lo que interesaba es la obtención de la firma.

Es que a una paciente que goce del tiempo para leer reflexivamente un preformato de consentimiento informado no hay que señalarle y marcarle expresamente dónde debe ir su firma, pues de la lectura consciente lo deducirá. Esa es la naturalidad de las atenciones masivas que se brindan a los usuarios de bancos, aseguradoras, entidades de salud, y un largo etcétera: una lección somera de que determinado documento se refiere a determinado tema y luego una instrucción de "firme aquí y firme allá", demarcado por las equis para su cumplimiento. Todo ello se acompasa con la declaración de la demandante en lo tocante a la firma de los preformatos:

"(...) ¿Usted firmó un consentimiento informado sobre su intervención? Contestó: creo que sí, no sé pues porque como allá hay mucho trámite incluso en el momento de la epidural, a uno le ponen a firmar bastantes cosas, pero realmente no sé si en el momento en que me recibió la médica general, cuando me informó pues de los beneficios del parto natural, que fue muy insistente, no recuerdo pues si firmé algo, me imagino que sí lo del ingreso (...)

(...) ¿A usted le dijeron que se podía estallar el útero cuando le iban a hacer la intervención? Contestó: no señor juez.

(...) ¿Le dijeron de los riesgos que podía generarse? Contestó: no señor juez (...)"⁸⁵.

85 [21.2. AudioVideoAudiencia20042023.mp4](#) / Interrogatorio de parte Bibiana Patricia. A partir del minuto 10:03 hasta el 55:47.

No debe resultar extraño que, ante las facilidades actuales y derivadas de los avances tecnológicos de registrar auditiva y gráficamente la ocurrencia de acontecimientos, paulatinamente se propugne por dejar prueba del agotamiento del deber de información en algunos de tales medios, y así obtener contacto directo con lo dicho, graficado o escrito directamente por el galeno durante el acto mismo de informar; luego, verificar qué fue lo que no quedó claro y fue consultado por el paciente: en suma, acceso real a la interacción subjetiva que materializó el derecho fundamental en comento. Todo ello, claro está, cuando las condiciones particulares de importancia, urgencia o emergencia lo permitan, tal como verbigracia sería el caso de procedimientos sanitarios electivos, programados a largo plazo, cirugías estéticas, etcétera, etcétera.

La suscripción dada en tales condiciones, por tanto, no arroja certeza alguna de la obtención del consentimiento informado, y mucho menos del cualificado que acá se ausculta.

Tiene razón el impugnante al argumentar que la ausencia de conocimiento por parte de la doctora Marcela Benítez repercutió negativamente en la información que pudo brindarle a Bibiana Patricia. Es que, si esta última venía de ser absolutamente estandarizada mediante la suscripción de un preformato, al menos verbal o gráficamente debía suplirse la falencia y brindarle los elementos de juicio comprensibles para que la decisión entre la dilatación mecánica y la cesárea fuese realmente informada.

Si en gracia de discusión se aceptase, de acuerdo con el dicho general de las ginecobstetras declarantes, que, en abstracto,

cualquier médico general podría exponer los riesgos de un trabajo de parto; lo cierto es que, en el caso concreto, la médica general Marcela Benítez no lo hizo adecuadamente a raíz de la misma falencia descrita líneas arriba: su impericia sobre el concepto de ruptura uterina, acerca de la razón de que sea inherente al parto vaginal, sus posibles complicaciones para madre y feto, su alta mortalidad, y primordialmente, el incremento del riesgo de su ocurrencia en (i) mujer precesareada y, además, (ii) en aplicación de oxitocina. Por sustracción de materia, en nada de ello pudo profundizar para informar a Bibiana Patricia.

Se destacó en líneas precedentes que al rendir su testimonio conocimiento alguno expuso acerca de las consecuencias *fisiológicas* concretas que podrían tener los factores de riesgo en la salud del bebé o de la madre, ni respecto de por qué se aplicó oxitocina en este caso, tampoco de si el RCIU tipo I podría llegar a generar hipoxia, etc. No supo explicar la razón por la cual la ruptura uterina es un riesgo inherente en el trabajo de parto, sencillamente que *está estipulado que es un riesgo que está dentro del proceso*.

Es sintomático que no hubiese comprendido la pregunta de si informó el aumento del riesgo de ruptura uterina por el uso de oxitocina, y que contestara arguyendo que le explicó *tal cual como está en el consentimiento informado (...) y se los enumero y se los explico en estas palabras que creo que son sencillas*. Le explicó el riesgo de ruptura uterina *como su nombre lo dice, que se rompe el útero*⁸⁶. Para rematar, explícitamente dijo desconocer *cuál es el*

86 [39 Audiencia05102023Parte1.mp4](#) / Testimonio Marcela Benítez. A partir del minuto 9:47.

aumento del riesgo de ruptura uterina, usando oxitocina, (...) en pacientes que tienen una cesárea previa.

Igual conclusión de insuficiencia se conserva a pesar de la atención de las 17:08 del primer día de atención, pues, aunque la nota médica indicó que se informaron los riesgos de la aplicación de sonda de foley, la ginecobstetra dijo haber explicado el procedimiento *por si tenía dudas*, pero que se remitió a lo agotado con la suscripción del consentimiento informado, y que entonces no recordaba si explicó *verbalmente* que la oxitocina incrementaba el riesgo⁸⁷.

El error radicó en el contenido mismo de lo informado: el riesgo aumentado de ruptura uterina nunca fue conocido por la paciente. Queda descartada también la idea según la cual, es *indiferente que el porcentaje de materialización del riesgo inherente sea mayor o menor*, pues se trató de una duplicación - o más- del riesgo, y un actuar indiferente ante ello va en contravía directa con las exigencias normativas reseñadas y el estándar de conducta médica al que también se dedicaron líneas *ut supra*.

Tampoco existía urgencia alguna que apurara la dilatación mecánica cervical y eximiera o menguara el deber de informar cualificadamente a Bibiana Patricia. Si bien la prescripción era de terminación del embarazo durante la semana 37, acudió a la Clínica del Prado el primer día de esa semana, lo cual implicaba que el procedimiento podía esperar al menos lo suficiente hasta que ella se hallara adecuadamente informada.

87 Ibidem / Testimonio Isabel Cristina Gómez. A partir del minuto 1:29:45.

Así las cosas, fue ineficaz la *elección* adoptada por Bibiana Patricia entre dilatación mecánica y cesárea. Es simple: la pregunta de ¿decide A o B? no implica, *per se*, la satisfacción del deber de información. El cumplimiento del deber son todos los actos previos a tal pregunta para que la respuesta sea consciente de los efectos que producirá y los riesgos que ha asumido. Esa información reside en la psiquis del paciente, pero se demuestra con actos tangibles y positivos de información. No hace sentido, ni tiene objeto alguno, preguntarle a un sujeto lego sobre A y B, sus riesgos, efectos y posibilidades alternas, acerca de la vía por la cual se decanta.

La Sala de Casación Civil Agraria y Rural de la Corte Suprema de Justicia tiene dicho, de cara a los puntos axiológicos de la responsabilidad civil consecuencia de incumplimiento al deber de información, que:

“La ausencia de consentimiento informado, pues, solo resulta trascendente cuando acaece, sin culpa del galeno, un riesgo previsible, no informado ni asumido por el paciente, ya que, bajo ese supuesto, sí es posible asignar, total o parcialmente, el gravamen de reparación de las secuelas del resultado adverso al profesional médico. Así lo adocrinó, recientemente, la Sala de Casación Civil:

“Esta obligación [la de obtener el consentimiento informado del paciente, se aclara], en sí misma considerada, es de resultado, en tanto la ausencia de consentimiento comprometerá la responsabilidad galénica, siempre que uno de los riesgos de aquellos que debieron ser objeto de comunicación se materialice y, como consecuencia, se produzca un daño; en otras palabras, el personal tratante asumirá las consecuencias de la omisión en el proceso de información, sin que puedan excusar su deber indemnizatorio en un actuar diligente, prudente o perito.

“Claro está, “[p]ara que la infracción a deberes de información dé lugar a responsabilidad civil se requiere que el daño sufrido por la víctima pueda ser atribuido causalmente a la omisión”.

“Es un punto pacífico en la jurisprudencia de esta Sala que: “[L]a omisión de la obligación de informar y obtener el consentimiento informado, hace responsable al médico, y por consiguiente, a las instituciones prestadoras del servicio de salud, obligadas legalmente a verificar su estricta observancia, no sólo del quebranto a los derechos fundamentales del libre desarrollo de la personalidad, dignidad y libertad, sino de los daños patrimoniales y extrapatrimoniales causados a la persona en su vida, salud e integridad sicofísica a consecuencia del tratamiento o intervención no autorizado ni consentido dentro de los parámetros legales según los cuales, con o sin información y consentimiento informado, [l]a responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efecto del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto’ (artículo 16, Ley 23 de 1981), salvo si expone al ‘paciente a riesgos injustificados’ (artículo 15, ibídem), o actúa contra su voluntad o decisión negativa o, trata de tratamientos o procedimientos experimentales no consentidos expressis verbis, pues en tal caso, el médico asume los riesgos, vulnera la relación jurídica y existe relación de causalidad entre el incumplimiento y el daño. (SC, 17 nov. 2011, rad. n.º 1999-00533-01)» (SC4786-2020, 7 dic.) (...)⁸⁸.

Ahora, además del signo de alarma que durante la atención del parto debió constituir la petición expresa de Bibiana Patricia de optar por cesárea, ello también es muy dicente sobre la insuficiencia informativa respecto de las alternativas viables para el alumbramiento, pues si ella hubiese sido adecuadamente informada desde la primera atención del 17 de septiembre acerca de los inusitados dolores que podría conllevar la materialización de la ruptura uterina, también que su posible ocurrencia había crecido sustancialmente, y además que la opción de cesárea - aunque incrementara otros riesgos, que debían comunicarse- reducía los dolores propios de la ruptura del útero, muy seguramente hubiese optado por el procedimiento quirúrgico y no por el natural; que finalmente fue por lo que terminó

88 SC3604-2021. M.P. Luis Alonso Rico Puerta

decidiéndose cuando ya estaba atravesando tal situación; no obstante, ni siquiera allí su clamor fue escuchado.

Insatisfecho el deber de información y acaecido el riesgo inherente no consentido, como quedó demostrado que lo está, es transparente la prosperidad del motivo de inconformidad.

3.5. De los demás elementos axiológicos de la responsabilidad civil.

Si se ha procedido con el estudio de la culpabilidad es porque, anticipadamente, se ha encontrado acreditado el daño, como quiera que sin este no hay responsabilidad civil que valga la pena auscultar. Es la justificación para iniciar la búsqueda del sujeto que debe repararlo, si es que debe hacerlo. En palabras del profesor Barros Bourie, “(...) *daño es todo menoscabo que experimente un individuo en su persona y bienes, la pérdida de un beneficio de índole material o moral, de orden patrimonial o extrapatrimonial (...)*”⁸⁹.

Acá es claro que el neonato falleció menos de dos días después de su nacimiento y también que hubo de practicársele histerectomía a Bibiana Patricia, a raíz de lo cual no podrá volver a engendrar.

Algunos doctrinantes han librado batallas contra molinos de viento; unos, para afirmar que una cosa es el daño y otra el

⁸⁹ Barros Bourie, Enrique. (2009), Tratado de responsabilidad extracontractual. Editorial jurídica de Chile, Santiago. Página 221

perjuicio; otros, para sostener que daño es uno solo, pero que tiene repercusiones patrimoniales y extrapatrimoniales. En cualquier caso, la consecuencia es la misma, y es que debe acreditarse que hecho dañoso y daño están atados por una relación de causalidad y, solo ahí, evaluar si el menoscabo patrimonial y extrapatrimonial satisface los requisitos de directo, personal y cierto, que conllevan a la necesidad de su reparación.

En lo tocante con el componente axiológico de la responsabilidad civil que ata jurídicamente resultado y conducta reprochada, el profesor Barros Bourie, logró sintetizar los componentes de imputación que contiene la teoría de la causa adecuada, así:

“(...) Según la formulación más tradicional de la doctrina de la causa adecuada, la imputación de daños consecuentes sólo se justifica si desde la perspectiva de un observador experimentado, que mira retrospectivamente la cadena causal, tales daños no resultan inverosímiles. La adecuación se muestra en que el hecho culpable es apropiado, bajo un curso ordinario y no extravagante de los acontecimientos, para producir las consecuencias dañosas (...)”⁹⁰.

De golpe, la Sala de Casación Civil Agraria y Rural de la Corte Suprema de Justicia tiene dicho, de cara a este punto axiológico de la responsabilidad civil consecuencia de incumplimiento al deber de información, que:

“La ausencia de consentimiento informado, pues, solo resulta trascendente cuando acaece, sin culpa del galeno, un riesgo previsible, no informado ni asumido por el paciente, ya que, bajo ese supuesto, sí es posible asignar, total o parcialmente, el gravamen de reparación de las secuelas del resultado adverso al profesional médico. Así lo adocrinó, recientemente, la Sala de Casación Civil:

“Esta obligación [la de obtener el consentimiento informado del paciente, se aclara], en sí misma considerada, es de resultado, en tanto la ausencia de consentimiento comprometerá la responsabilidad galénica, siempre que uno de los riesgos de aquellos que debieron ser objeto de comunicación se materialice y, como consecuencia, se

90 Ibidem / Página 396.

produzca un daño; en otras palabras, el personal tratante asumirá las consecuencias de la omisión en el proceso de información, sin que puedan excusar su deber indemnizatorio en un actuar diligente, prudente o perito.

“Claro está, “[p]ara que la infracción a deberes de información dé lugar a responsabilidad civil se requiere que el daño sufrido por la víctima pueda ser atribuido causalmente a la omisión”.

“Es un punto pacífico en la jurisprudencia de esta Sala que: “[L]a omisión de la obligación de informar y obtener el consentimiento informado, hace responsable al médico, y por consiguiente, a las instituciones prestadoras del servicio de salud, obligadas legalmente a verificar su estricta observancia, no sólo del quebranto a los derechos fundamentales del libre desarrollo de la personalidad, dignidad y libertad, sino de los daños patrimoniales y extrapatrimoniales causados a la persona en su vida, salud e integridad sicofísica a consecuencia del tratamiento o intervención no autorizado ni consentido dentro de los parámetros legales según los cuales, con o sin información y consentimiento informado, “[l]a responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efecto del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto’ (artículo 16, Ley 23 de 1981), salvo si expone al ‘paciente a riesgos injustificados’ (artículo 15, ibídem), o actúa contra su voluntad o decisión negativa o, trata de tratamientos o procedimientos experimentales no consentidos expressis verbis, pues en tal caso, el médico asume los riesgos, vulnera la relación jurídica y existe relación de causalidad entre el incumplimiento y el daño. (SC, 17 nov. 2011, rad. n.º 1999-00533-01)» (SC4786-2020, 7 dic.) (...)”⁹¹.

En línea con ello y precisamente por la relevancia de la determinación causal, de tiempo atrás la Alta Corte ha acogido la teoría de la causalidad adecuada para la imputación de responsabilidad, no sin antes haber disertado sobre otras múltiples escuelas de causalidad, y al respecto tiene dicho:

“(...) no ha de negarse que de nada sirve el punto de vista naturalístico, conocido como teoría de la equivalencia de las condiciones –defendida hace algún tiempo y hoy abandonada en esta materia-, según el cual todos los antecedentes o condiciones (y aún las ocasiones), tienen ontológicamente el mismo peso para la producción del resultado. Semejante posición deja en las mismas al investigador, pues si decide mentalmente suprimir uno cualquiera de los antecedentes, con seguridad llegará a la conclusión de que el resultado no se hubiera dado, a más de la necesaria arbitrariedad en la elección de la condición

91 SC3604-2021. M.P. Luis Alonso Rico Puerta

a suprimir, dado que no ofrece la teoría criterios concretos de escogencia.

De las anteriores observaciones surgió la necesidad de adoptar otros criterios más individualizadores de modo que se pudiera predicar cuál de todos los antecedentes era el que debía tomar en cuenta el derecho para asignarle la categoría de causa. Teorías como la de la causa próxima, la de la causa preponderante o de la causa eficiente –que de cuando en cuando la Corte acogió- intentaron sin éxito proponer la manera de esclarecer la anterior duda, sobre la base de pautas específicas (la última condición puesta antes del resultado dañoso, o la más activa, o el antecedente que es principio del cambio, etc). Y hoy, con la adopción de un criterio de razonabilidad (...) se asumen que de todos los antecedentes y condiciones que confluyen a la producción de un resultado, tiene la categoría de causa aquel que de acuerdo con la experiencia (las reglas de la vida, el sentido común, la lógica de lo razonable) sea el más ‘adecuado’, el más idóneo para producir el resultado, atendidas por lo demás, las específicas circunstancias que rodearon la producción del daño (...)⁹².

Este entendimiento de la causalidad adecuada como un concurso de probabilidades preponderantes y permeadas por la incidencia del actuar culposo, como método de satisfacción de los componentes fáctico y jurídico de la institución, no es novedoso para la Sala, que lo ha acogido en decisiones previas⁹³. Recientemente, la Corte Constitucional ha avanzado por el mismo camino, y en sentencia T-373 de 2025 extrajo la regla de decisión según la cual “(...) el juez debe (...) (iii) aplicar el estándar probatorio de probabilidad prevalente o preponderante para establecer el nexo causal entre las omisiones médicas y el resultado dañoso, sin exigir certeza absoluta (...)”.

92 STC2836-2021 M.P. Luis Armando Tolosa Villabona, que reiteró la sentencia del 26 de septiembre de 2002, proceso 6878, con M.P. Jorge Santos-Ballesteros

93 Por ejemplo, la sentencia nro.059 del 2 de diciembre de 2024. Radicado 05088310300220140087202. También, la sentencia nro. 057 del 27 de noviembre de 2025. Radicado 05001310301320220012502.

En este caso, entonces, para la estructuración de la teoría de la causalidad adecuada, deben resolverse dos cuestionamientos: en primer lugar, ¿otro cuerpo médico sensato, puesto en las mismas condiciones, hubiese actuado de la misma manera? Y, en segundo lugar, ¿la ruptura uterina generalmente produce la muerte del feto e histerectomía en la madre?

La solución a lo primero se halla en los acápites preliminares, de los cuales se deduce que otro cuerpo médico, perito, diligente y prudente, puesto en las mismas circunstancias, no hubiese actuado del mismo modo, sino que, por el contrario, hubiese realizado tacto vaginal a Bibiana Patricia para vigilar rigurosamente el trabajo de parto y evitar la materialización de la ruptura uterina, y con el mismo fin hubiese dado seguimiento a las posibles implicaciones del dolor por ella manifestado.

Y frente a lo segundo, no solo se tiene que, en el orden común de los acontecimientos, la ocurrencia de ruptura uterina genera la muerte del neonato y la histerectomía de la madre, sino que en el caso concreto inclusive se determinó que fue así, ello puesto que, al unísono, ambos peritos ginecobstetras en efecto asignaron a la ruptura uterina los daños acaecidos. Ambos desenlaces infortunados fueron consecuencia de la ruptura uterina.

La conducta más adecuada para explicar ambos desenlaces infortunados es, precisamente, la deficiencia en el seguimiento y tratamiento del trabajo de parto que impidió la oportuna y suficiente atención de la ruptura uterina. Además, habiéndose materializado precisamente el riesgo insuficientemente

informado, y sabido que este fue el desencadenante del daño, también queda soportado causalmente el reproche por las falencias en el consentimiento informado.

3.6. Acerca de la existencia y extensión de los perjuicios extrapatrimoniales reclamados.

Es oportuna la comprobación de la existencia y extensión de los perjuicios extrapatrimoniales reclamados; labor a la que no se abocó el juez de primera instancia por haber descartado previamente otro de los presupuestos axiológicos de la responsabilidad civil.

Al llegar aquí, adviértase que debido a que la defensa se centró en la exoneración del actuar culposo y no frente a los medios probatorios que los sustentan, el reconocimiento de los perjuicios será natural consecuencia de la verificación necesario de los atributos de ciertos, personales y directos.

Se parte del conocimiento teórico respecto del daño moral y a la vida en relación, la necesidad de su prueba, y la determinación de su *quantum* conforme al arbitrio judicial.

Cuya existencia salta a la vista. Jacobo no fue una mera expectativa abstracta de vida familiar, sino un hijo efectivamente nacido y recibido por su madre, su padre, su hermana y su abuela; y aunque su existencia extrauterina hubiese sido dolorosamente breve, ello no desdibuja el lazo afectivo que ya se había constituido durante la gestación y que alcanzó concreción con su nacimiento. La brevedad de la vida no reduce el dolor de

la pérdida; antes bien, en este caso lo intensifica, porque el núcleo familiar se encontraba dispuesto a acogerlo como nuevo integrante de su hogar, con la carga afectiva, simbólica y vital que supone la llegada de un hijo, de un hermano menor y de un nieto.

Son pocos los escenarios imaginables en los que exista un sufrimiento mayor para el círculo familiar. Para Bibiana Patricia y Juan David significó la pérdida de su hijo recién nacido; para Martina, la ausencia del hermano menor que esperaba integrar a su vida cotidiana; y para Elvia Margarita, la frustración del vínculo de abuela que también se había formado a partir del embarazo, del nacimiento y de la expectativa familiar compartida. Tal inferencia, además, se acompasa con la pacífica doctrina edificada por la Alta Corte, conforme a la cual la presunción de dolor por la muerte de hijos, padres, cónyuges, compañeros permanentes y parientes cercanos se deduce de las máximas de la experiencia, por el afecto connatural que ordinariamente une al núcleo familiar.

A lo anterior se suma una circunstancia que torna más intensa la aflicción de Bibiana Patricia: no solo perdió a su hijo, sino que, en el mismo curso causal, fue sometida a una histerectomía que clausuró definitivamente su posibilidad biológica de gestar otros hijos. Así, el daño no se agota en la muerte de Jacobo, sino que se proyecta sobre una dimensión especialmente sensible de su autonomía vital y de su proyecto familiar, pues la maternidad futura dejó de ser una posibilidad abierta para convertirse en una imposibilidad corporal irreversible. Por eso, el padecimiento moral reconocido a su favor debe comprender la concurrencia de

ambos hechos dañosos: la muerte del hijo recién nacido y la pérdida definitiva de la capacidad gestacional.

También es procedente el daño a la vida en relación reclamado por Bibiana Patricia y Juan David. En ella, porque la histerectomía no solo produjo una lesión orgánica, sino una alteración permanente en la forma de concebir su vida personal, familiar y reproductiva; y en ambos, porque la muerte de Jacobo trastocó la dinámica ordinaria del hogar, privándolo de la crianza, compañía y proyección vital del hijo que esperaban. No se trata, entonces, de una simple congoja interior, sino de una afectación externa y relacional: la familia que se preparaba para reorganizarse alrededor de un nuevo hijo quedó marcada por su ausencia, por la memoria de su nacimiento y muerte, y por la imposibilidad de realizar, respecto de él, los actos cotidianos de cuidado, crecimiento y convivencia que integran la vida familiar.

La afectación de Martina reviste especial entidad. La evocación constante de su hermano menor, orar por él y tenerlo presente en todas las *recordaciones*, tal como espontánea y unívocamente lo declararon los demandantes, permite advertir que no se trató de un hecho indiferente o incomprendido por su corta edad, sino de una pérdida latente y demarcatoria. Ese dolor infantil, expresado desde la ausencia del hermano que no pudo crecer con ella, reitera lo ostensible de su daño moral.

Lo propio ocurre con Elvia Margarita. La muerte de Jacobo frustró el vínculo de abuela que ya se había edificado, y para el cual ella naturalmente habría dispuesto su cuidado, formación y convivencia, del mismo modo que venía acompañando de cerca

el período de gestación siendo acudiente a los controles prenatales. Su dolor, por tanto, no deriva de una relación remota, sino de su integración al núcleo cercano de la madre, del padre y de la hermana, todos volcados a recibir al recién nacido.

Además, este es uno de los casos que la Sala de Casación Civil, Agraria y Rural de la Alta Corte ha denominado *notorios* en cuanto a la existencia del daño a la vida en relación, así:

“(...) casos habrá en los cuales el sentido común y las reglas de la experiencia bastarán para tener probado el daño a la vida de relación padecido por quien vio alteradas sus condiciones de vida, por tratarse de hechos notorios, los que -se resalta- deben examinarse en cada caso concreto por el funcionario judicial con miras a evitar su uso desbordado e injusto (...)”⁹⁴. Y en ese escenario resultaría “(...) excesivo requerir prueba para tenerlo por demostrado, porque esta se satisface aplicando las reglas de la experiencia y el sentido común (...)”⁹⁵.

A partir de la visión global del expediente se advierte, mediante máximas de la experiencia de íntimo relacionamiento familiar, de expectativa en la constitución de esta última, así como de la muerte de uno de sus integrantes, la configuración de tal notoriedad. Tanto es así que inclusive el apoderado de la EPS Suramericana, previo a la audiencia en que se recepcionó el dicho de las testigos del daño moral y de vida en relación, dejó entrever que tales pruebas no eran *necesarias* para acreditar los padecimientos íntimos y relaciones de los demandantes.

En relación con la extensión del daño, de golpe se sabe inconmensurable y que suma alguna de dinero o activo

94 SC4803 de 2019. M.P. Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo.

95 Ibidem. Reiterada en SC-3728 de 2021. M.P. Hilda González Neira

patrimonial llenará plenamente el vacío; por eso es que las sumas reclamadas deben comprenderse únicamente como cifras compensatorias, con el propósito de campear el dolor, pero hasta ahí. El monto pretendido por cada sujeto y por cada concepto compensatorio se muestran razonables y proporcionadas. Está decantado, también, que los montos fijados en materia de daño extrapatrimonial operan como derroteros orientadores para los jueces de instancia, tanto respecto del daño moral como del daño a la vida de relación, sin constituir fórmulas rígidas ni barreras infranqueables pues el fundamento de decisión es el arbitrio judicial, observando siempre la congruencia del fallo.

En la sentencia SC-072 de 2025⁹⁶, la Alta Corte se adentró en las razones para actualizar y unificar los parámetros indicativos de los daños extrapatrimoniales que hasta ahora se han reconocido –lo cual no obsta, por supuesto, para que otro juez falle acerca del acaecimiento de tales perjuicios en un grado mayor, o incluso que ha ocurrido una tipología dañina novedosa- que, tratándose del fallecimiento de un familiar, padres, hijos y cónyuge o compañero permanente se ubican en el 100% del máximo indemnizatorio orientador, mientras que los hermanos se sitúan en el 50%; y precisó que tales porcentajes deben aplicarse atendiendo las singularidades del caso concreto.

En últimas, en congruencia con lo pretendido, se reconocerá la totalidad de las pretensiones por daño moral y de vida en relación, y en la extensión solicitada; y se indexarán a la fecha de emitirse esta providencia, esto último fue expresamente

96 M.P. Octavio Augusto Tejero Duque.

pretendido y su procedencia se justifica en el principio de equidad por la devaluación del dinero en el tiempo que, de no corregirse, tornaría anacrónica la resolución judicial. Así se decidió por la Sala en oportunidad anterior:

“(...) Ahora, considerando que para la fecha, el monto antes referenciado ya se ha devaluado, deviene necesaria la corrección monetaria del mismo, pues de ningún otro modo podría garantizarse verdaderamente el equilibrio perdido por la desatención del pago en el tiempo que fue exigible; es que es innegable la incidencia que tiene el fenómeno inflacionario en las economías emergentes como la colombiana y que lleva inmerso una permanente devaluación⁹⁷, circunstancia corroborada por la Alta Corte, como se expone:

“(...) es notoria la reducción del poder adquisitivo del peso colombiano, en tanto la tendencia decreciente de la inflación, que se mantuvo hasta el año 2020, se revirtió para el 2021, pues del 1.61% subió a 5.62%, incrementado al 13.12% para el 2022, 9.28% para el 2023 y 5.2% para el 2024. Significa que, mientras la inflación acumulada del 2016 a 2020 era del 18.43%, para el interregno 2021 a 2024 subió a 33.22%, lo que conjuntado alcanza un 51.65%. (...) Por sabido se tiene que ‘la pérdida del poder adquisitivo propiciada por la inflación (...) erosiona cualquier suma de dinero, independientemente del concepto que la genera’ (...)”

Lo que justifica en mayor medida -si antes no lo estaba- que hoy sea imperiosa la protección del principio de equidad mediante la indexación, entendida como una remuneración equitativa y razonable para contrarrestar la pérdida de poder adquisitivo del dinero por la inflación, es decir, una retribución para que la prestación económica tenga un valor igual -o similar- al que tuvo en el momento en que se ejecutaron las obligaciones. Y de esa manera evitar, por el reverso, la impartición de una justicia que no se sitúe espacio-temporalmente, anacrónica. No para extender, sin más, algún derecho; por el contrario, para que aquellos que se han reconocido después del análisis sesudo del material probatorio, impacten a los sujetos destinatarios como si la protección hubiese llegado en el instante mismo de la infracción, o por lo menos, en la misma proporción que se estimó sería reparado al momento de elevarse tal pretensión, summum de la labor judicial (...)”⁹⁸.

Presentada la demanda en febrero de 2022, lo que eran \$100.000.000 para aquel tiempo, ahora equivale a

⁹⁷ SC-172 del 10 de julio de 2023. M.P. Hilda González Neira.

⁹⁸ Sentencia Nro. 042 del 15 de septiembre de 2025. Radicado 05001310301220090014005.

\$137.407.600.⁹⁹ Y lo que eran \$50.000.000 a día de hoy se traducen en \$68.703.800.¹⁰⁰

La condena será del siguiente modo:

Daño moral:

A favor de Bibiana Patricia, la suma de \$137.407.600.

A favor de Juan David, la suma de \$137.407.600.

A favor de Martina, la suma de \$68.703.800.

A favor de Elvia Margarita, la suma de \$68.703.800.

Daño a la vida en relación:

A favor de Bibiana Patricia, la suma de \$68.703.800.

A favor de Juan David, la suma de \$68.703.800.

3.7. Excepciones de mérito.

Tal como dicta el artículo 282 del Código General del Proceso, es mandatorio el reconocimiento de cualquier medio exceptivo que resulte probado y pueda dar al traste con las pretensiones, salvo, por supuesto, cuando se trate de las excepciones propias. No obstante, refulge que ello no ha sido así. Líneas arriba y con el devenir del texto fueron descartándose, intrínsecamente, aquellas dirigidas a la adecuación del consentimiento informado, ausencia de culpa galénica, nexos causal o daño.

⁹⁹ Según la variación del IPC desde febrero de 2022 a abril de 2026 / 115,11 y 158, 17 respectivamente. Cuyo resultado es 1,374076.

¹⁰⁰ Ibidem.

3.8. Resolución acerca de los llamamientos en garantía.

Como se anticipó, hubo dos pretensiones revérsicas, (I) la formulada por la Clínica del Prado en contra de Chubb Seguros y (II) la promovida por la EPS Suramericana frente a la Clínica del Prado, que deberán ser resueltas ante la inminente condena por responsabilidad civil médica a cargo de todos los demandados. Es vital clarificar que el reconocimiento -o no- de las pretensiones de reembolso en ningún caso va en desmedro de la solidaridad que detentan todos los partícipes de la prestación del servicio de salud en seguridad social, respecto de la víctima, y que está pacíficamente definida. Es decir, uno, o todos los demandados iniciales deberán pagar a los demandantes, y luego, de ser el caso, habrá obligación de reembolso.

3.8.1. Del llamamiento en garantía de la Clínica del Prado a Chubb Seguros.

Se fundó en el contrato de seguro de *responsabilidad civil profesional médica*¹⁰¹, que imponía en el asegurador el deber de amparar la responsabilidad civil profesional del asegurado por los perjuicios causados a terceros *por causa de un acto médico erróneo en la prestación de sus servicios*, ocurridos durante el período de retroactividad y que le fueran reclamados durante la vigencia de la póliza, dada su modalidad de cobertura *claims made*.

101 [01.LlamamientoGtia.CliniadelPradoAChubb22042022.pdf](#) / Páginas 29 a 48.

La resolución del pedimento será tan directa, como directa es su procedencia. En efecto, los daños producidos a terceros ocurrieron en el 2019, y la reclamación se dio dentro de la vigencia, que fue extendida hasta el 30 de marzo de 2023¹⁰². La responsabilidad civil médica está acreditada y están reunidas las condiciones para el seguro cumpla su finalidad.

Para rematar, al contestar el llamamiento en garantía, Chubb Seguros tuvo por ciertos todos los hechos en los que se basó la pretensión, y se opuso a su prosperidad con el argumento de *no existir responsabilidad en cabeza de la entidad asegurada*; tesis que ha sido desvirtuada según la motivación *ut supra*. En definitiva, Chubb Seguros deberá reembolsar a Clínica del Prado los dineros que pague para satisfacer los perjuicios causados a todos los demandantes, ello, por supuesto, bajo las condiciones contractuales pactadas, esto es, con un deducible del 10% - mínimo \$50.000.000.

3.8.2. Del llamamiento en garantía de la EPS Suramericana a la Clínica del Prado.

También es palpable el reconocimiento de esta pretensión revérsica particular. Se alegó su origen en el *contrato de prestación de servicios de salud para la atención de los afiliados y beneficiarios de la EPS y medicina prepagada Suramericana S.A.*¹⁰³ suscrito entre ambas partes, específicamente en las

102 Ibidem / Páginas 53 y 54.

103 [01. LlamamientoSuraAClinicadelPrado18042022.pdf](#) / Páginas 19 a 27.

cláusulas 2.1.1.2. y 2.1.1.7., relativas a las obligaciones a cargo de la clínica, y que son del siguiente tenor:

“(...) 2.1.1.2. Prestar los servicios de salud a los afiliados de EPS SURA asumiendo en forma total y exclusiva, la responsabilidad que se derive por la calidad e idoneidad de la prestación, así como la responsabilidad que pueda derivarse de los actos y omisiones, tanto del personal médico y paramédico a los cuales encomiende la prestación de los servicios de salud, que estén a su cargo en virtud de un contrato de trabajo, de un contrato de prestación de servicios, como de su personal administrativo. (...)”

“(...) 2.1.1.7. En la prestación de servicios a cargo de LA CLÍNICA, ésta será responsable ante EPS SURA y ante el paciente de la prestación de todos los servicios de salud pactados y que sean relacionados con estos (...)”

Pactadas con la finalidad, claro está, de que la IPS asumiera las responsabilidades que le eran propias, y que respondiera ante la EPS si alguna de ellas era ejecutada incorrectamente y ello provocaba la declaratoria de responsabilidad civil a cargo - también- de la EPS, tal como aquí ha acontecido.

Para rematar, al contestar el llamamiento en garantía, la Clínica del Prado tuvo por ciertos todos los hechos en los que se basó la pretensión, y se opuso a su prosperidad arguyendo que *cumplió con sus deberes como IPS tratante de la señora Yepes Alzate y prestó la atención requerida por la afiliada a la EPS de acuerdo con sus necesidades clínicas y de conformidad con la lex artis médica*; lo cual se vio que no es cierto. En definitiva, la IPS deberá reembolsar totalmente a la EPS el dinero que pague como consecuencia de las condenas dictadas en esta providencia.

3.9. Conclusión.

Consecuente con lo expuesto, se revocará la decisión de primer grado para, en su lugar, declarar civilmente responsable a la Clínica del Prado y a EPS Suramericana de los perjuicios extrapatrimoniales sufridos por Bibiana Patricia y su núcleo familiar, y se le ordenará su pago. También, se declarará la prosperidad de la pretensión revérsica que formuló la IPS en contra de Chubb Seguros, y se estimará la pretensión de reembolso que elevó la EPS en contra de Clínica del Prado.

Según lo dictado por el numeral 4 del artículo 365 del Código General del Proceso, se condenará en costas en ambas instancias al extremo resistente, quien resultaron ser la parte vencida de este trámite. En virtud del mismo supuesto, se condenará en costas en ambas instancias a Chubb Seguros, pues resultó vencida en la pretensión revérsica que en su contra formuló Clínica del Prado. Y en idénticas condiciones se condenará en costas en ambas instancias a la IPS, por resultar vencida en la pretensión de reembolso que enervó la EPS. El Magistrado sustanciador fijará las agencias en derecho -respecto de la pretensión principal- por valor de \$5.252.715, y respecto de las pretensiones de reembolso, por valor de \$1.750.905. para cada una.

IV. DECISIÓN.

Con fundamento en lo expuesto, **la Sala Cuarta de Decisión Civil del Tribunal Superior de Medellín**, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad Constitucional y legal,

FALLA:

PRIMERO: REVOCAR la sentencia 2 de julio de 2024 proferida por el Juzgado Quince Civil del Circuito de Medellín, por medio de la cual se negaron las pretensiones.

SEGUNDO: En su lugar, **DECLARAR** civilmente responsable a las demandadas, por falla en el acto médico, de los daños sufridos por Bibiana Patricia y su núcleo familiar.

TERCERO: En consecuencia, **CONDENAR** a las demandadas al pago de los perjuicios extrapatrimoniales acaecidos, discriminados así:

Daño moral:

- A favor de Bibiana Patricia, la suma de \$137.407.600.
- A favor de Juan David, la suma de \$137.407.600.
- A favor de Martina, la suma de \$68.703.800.
- A favor de Elvia Margarita, la suma de \$68.703.800.

Daño a la vida en relación:

- A favor de Bibiana Patricia, la suma de \$68.703.800.
- A favor de Juan David, la suma de \$68.703.800.

CUARTO: CONCEDER la pretensión revérsica que formuló la Clínica del Prado en contra de Chubb Seguros. En consecuencia, la compañía aseguradora deberá reembolsarle a la IPS los dineros que pague para satisfacer los perjuicios causados a todos los demandantes, ello, por supuesto, bajo las condiciones

contractuales pactadas, esto es, con un deducible del 10% - mínimo \$50.000.000.

QUINTO: CONCEDER la pretensión de reembolso que elevó la EPS Suramericana en contra de la Clínica del Prado. En consecuencia, la IPS deberá reembolsarle a la EPS el valor total que eventualmente pague para satisfacer las condenas aquí impuestas.

SEXTO: CONDENAR en costas en ambas instancias a las demandadas y en favor de los demandantes. El Magistrado sustanciador **FIJA** como agencias en derecho la suma de \$5.252.715, correspondientes a tres (3) SMLMV.

SÉPTIMO: CONDENAR en costas en ambas instancias a Chubb Seguros y en favor de la Clínica del Prado. El Magistrado sustanciador **FIJA** como agencias en derecho la suma de \$1.750.905., correspondientes a un (1) SMLMV.

OCTAVO: CONDENAR en costas en ambas instancias a la Clínica del Prado y en favor de EPS Suramericana. El Magistrado sustanciador **FIJA** como agencias en derecho la suma de \$1.750.905., correspondientes a un (1) SMLMV.

NOVENO: NOTIFÍQUESE esta providencia a los sujetos procesales y **DEVUÉLVASE** el expediente al Juzgado de origen.

Proyecto discutido y aprobado en sala de la fecha

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Los Magistrados, (Firmados electrónicamente)

BENJAMÍN DE J. YEPES PUERTA

JULIÁN VALENCIA CASTAÑO

MARTÍN AGUDELO RAMÍREZ

Firmado Por:

Benjamin De Jesus Yepes Puerta
Magistrado
Sala Civil
Tribunal Superior De Medellin - Antioquia

Julian Valencia Castaño
Magistrado Tribunal O Consejo Seccional
Sala 010 Civil
Tribunal Superior De Medellin - Antioquia

Jorge Martin Agudelo Ramirez
Magistrado Tribunal O Consejo Seccional
Dirección Ejecutiva De Administración Judicial
Funcionario
Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **cf1b4dbf08ce52bd84d4e4534effde7a499fb6e4fe3747892c3d305ea6b843b2**

Documento generado en 03/06/2026 02:23:22 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:

<https://firmaelectronica.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>